Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 30 DE OUTUBRO DE 1906

Para ser defendida por

Ezequiel Antunes de Oliveira

PHARMACEUTICO

Natural do Estado do Rio Grande do Norte

Afim de obter o gráo

DE

Doutor em Medicina

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Ophtalmologica

A SYPHILIS NOS OLHOS

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA

IMPRENSA ECONOMICA

16, Rua Nova das Princezas, 16

1906

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR.— *Dr. Alfredo Britto*
VICE-DIRECTOR.— *Dr. Manoel José de Araujo*
SECRETARIO.-- *Dr. Menandro dos Reis Meirelles*
SUB-SECRETARIO.-- *Dr. Matheus Vaz de Oliveira*

LENTES CATHEDRATICOS

1.ª SECÇÃO

Os Illms. Srs. Drs.	*Materias que leccionam*
J. Carneiro de Campos..........	Anatomia descriptiva
Carlos Freitas................	Anatomia medico-cirurgica
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira.........	Histologia
Augusto C. Vianna.............	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello.......	Anatomia e Phisiolog. pathologicas
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo..........	Physiologia
José E. Freire de Carvalho Filho.	Therapeutica
4.ª SECÇÃO	
Josino Correia Cotias............	Medicina legal e toxicologia
Luiz Anselmo da Fonseca.......	Hygiene
5.ª SECÇÃO	
Braz Hermenegildo do Amaral....	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes.......	Clinica cirurgica 1ª cadeira
Ignacio M. de Almeida Gouveia.	» » 2ª
6.ª SECÇÃO	
Aurelio R. Vianna.............	Pathologia medica
Alfredo Britto..................	Clinica propedeutica
Anisio Circundes de Carvalho.....	Clinica medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira........	» » 2.ª »
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Dorea...	Historia natural medica
A. Victorio de Araujo Falcão....	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular
José Olympio de Azevedo........	Chimica medica
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos.............	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira.....	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira.	Clinica ophtalmologica
11.ª SECÇÃO	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Cl. dermatologica e syphiligraphica
12.ª SECÇÃO	
João Tillemont Fontes..........	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira.....	em disponibilidade
Sebastião Cardoso...............	em disponibilidade

LENTES SUBSTITUTOS. — *Os Snrs. Drs.*

1.ª SECÇÃO. J. A. de Carv. (interino)	7.ª SECÇÃO Pedro da L. Carrascosa e José J. de Calasans
2.ª » Gonçalo M. S. de Aragão	8.ª » José Adeodato de Souza
3.ª » Pedro Luiz Celestino	9.ª » Alfredo F. de Magalhães
4.ª » Alfredo A. de Andrade (int.)	10.ª » Clodoaldo de Andrade
5.ª » A. B. dos Anjos (interino)	11.ª » Albino A. da Silva Leitão
6.ª » João A. Garcez Froes	12.ª » L. Pinto de Carvalho

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

Ao Prefaciar

Escapando á fatuidade, sem comtudo abusar dos condimentos da modestia, devemos affirmar que ao delinearmos este trabalho julgamos ser preciosa coisa a individualidade e francamente adoptamos o systhema de achar melhor nada ser e ser *si proprio*, que resumbrar a caricatura ou a prova pallida de um grande alguem.

Demais disso, não ignoramos o coefficiente improductivo do artificio fallaz do plagiato, perpetuamente condemnado a incarnar-se na imagem manzoniana do relampago que, uma vez passado, immediatamente vem tornar apenas mais vivos o sentimento e o horror da escuridão ambiente.

Razão por que de nenhuma ideia impropria dos numerosos compendios que manuseamos e que forram as paginas que ahi vão nos arrogamos e disfarçamos na enganosa procedencia a fim de valorisal-as tanto preciso, quanto almejado nos fôra.

Embora se apresente o nosso primeiro livro envolto n'uma digna humildade da intelligencia sempre compativel com uma humilde dignidade do córação, porfiamos em dizel-o, guarda tambem uma consciencia e probidade scientifica e litteraria egual á que em outro qualquer mister somos naturalmente inclinados a possuir forte e sincera.

Foi intender nosso sempre que um titulo a que não correspondam relativas aptidões do seu portador figura uma lousa de sepultura em que, por fino e trabalhado que seja o marmore, através a pedra branca, todos veem a expressão do nada com que ninguem se poderá illudir.

E, bem assim, tivemos accurado zêlo na aprendisagem da sciencia que abraçamos, encarecendo a nós mesmos o cumprimento dos deveres escolares, máo grado a duresa da disciplina em vigor.

Inda mais, pela complexidade dos assumptos e saliente importancia do objectivo d'elles, á proporção que ascendiamos a soberbosa escadaria dos conhecimentos hypocraticos, sentiramos insustavel necessidade de circumscrever as aspirações de clinico nas margens de uma especialidade.

A sciencia se nos affigurou um grande archipelago, em que as muitas cadeiras professadas eram tantas ilhas esbatidas pelo glauco mar da pathogenia morbida.

Não, que taes pontos se isolem e confinem os diversos estudos para os especialistas julgando-se cada um dispensado de tomar a palavra fóra de seu territorio; sim, que cada um resida em certa parte d'elle, é de todo o ponto conveniente; mas, que, por direito e por dever, todos transitem nas partes confederadas.

Na sciencia medica os élos perfeitamente se encadeiam e só poderemos marchar com vantagem para a especialidade depois de havermos construido nossa synthese imparcial; porquanto, sem ajustada vista synthetica do todo, uma especialidade nunca passaria de reconhecido charlatanismo.

***

N'um culto todo espontaneo e sincero, sem o colorido facil e commodo dos elogios que descahem no copioso chuveiro da lisonja, antes dos que, pelo fidalgo escrupulo, se fazem emanação leal e pura do grande sentimento que, para d'*Aguesseau*, dá nobresa a quem fala em seu nome — a justiça e a gratidão — a nossa penna, sob essa inspiração do dever, abre espaço digno a um agradecimento pelo muito que devemos ao distincto facultativo, n'esta Capital, e notavel especialista, o Exm. Sr. Dr. João Gustavo dos Santos, em cuja numerosa clientéla radicamos modestos conhecimentos de ophtalmologia.

Effectivamente, apresentado por grata solicitude amiga a este laureado titulado pelas universidades de *Leipzig* e *Heidelberg*, o qual exercera o magisterio superior na Suissa por proposta da repartição sanitaria de *Zurich* e na universidade de *Kœinsgberg* servira sob uma das maiores notabilidades do outro continente nesse ramo de applicação scientifica, Dr. *Baumgarten*, professor de anatomia pathologica e bacteriologia n'essa universidade prussiana, presidente da Sociedade-Medico Scientifica, que lhe dera o seguinte gloriosissimo attestado: «o sr. dr. dos Santos, natural da Bahia, occupou-se, sob minha direcção, durante o semestre do verão de 1881, no instituto pathologico da *Universidade Keingsberg*, na Prussia, com a anatomia microscopica e especialmente com a histologia do olho normal e doente, destinguindo-se no que se refere á generalidade desses estudos e aprofundando-se n'elles; dirigindo-o, tive

occasião de apreciar n'elle, além de uma applicação que sempre visa a progredir, as qualidades de um investigador perspicaz e rico de conhecimentos cujas variadas habilitações, no campo da anatomia normal e pathologica do olho se *acham de todo em todo na altura dos requisitos que habitualmente se exigem de um professor de ophtalmologia em uma Universidade allemã*»; discipulo que fomos, por um accaso feliz, do alumno laureado de *Jacobson*, o qual gosa actualmente da reputação da *maior de todas as celebridades européas* e que sobre o Dr. Gustavo dissera *adquirio completa educação e precisa technica fóra do commum na ophtalmologia*, não era possivel calar a admiração e applausos por quantos dos prelecionamentos recebemos.

E menos ainda se nos não disparte o intento de realçar o Mestre na estimação do humilde discipulo, quando elle nunca se barateiou no desconceito perverso e máo dos que capciosamente escondem ou fogem á natural avidez dos que querem aprender.

Na numerosissima clinica, que podemos ajustar n'uma media de 40 doentes diarios, nenhum caso nos deixou ignorando, tudo explicava minuciosamente, com essa franquesa e prodigalidade dos espitos cultos que como professores nada disfarçam nem furtam aos seus discipulos.

O vaso de ouro do seu saber sempre nos foi levado aos labios resequidos.

Eguaes referencias assiste-nos fazer quanto ao illustrado e digno lente de Clinica Ophtalmologica, pela nossa Faculdade, o Exmo. Sr. Dr. Francisco dos Santos Pereira, que tanto nos distinguio na frequencia do seo

curso avigorando de incentivos a um dos mais humildes dos seus discipulos, convidando-nos a auxiliar diversos trabalhos do seo Gabinete e com um acolhimento e probidade dignos do ensino.

*
* *

Bem assim, sob os auspicios d'essa rica aprendisagem, consubstanciamos nossos estudos de ophtalmologia tecendo a armadura d'este livro de doutoramento. *A Syphilis nos olhos* não é, nem poderia ser, um estudo que fizessemos completo de tão vasto capitulo da pathogenia ocular.

Catalogamos antes restrictos documentos no sentido de compendiar o assumpto para os que se consagrarem á oculistica.

Não se confie, pois, o leitor na larga fachada, nem do limiar confira juiso sobre nossa primeira obra.

Não nos eximimos da culpa de deixar escuros e confusos alguns dos pontos e factos a que nos referimos.

Elaborada com penna de aço tão inferior, sem a ligeiresa de um gamo, faltou-nos, por vezes, o precioso instrumento com que se escreve — *a lingua*, a qual fornece essa dignidade elegante e grave que tanto convem ás grandes como ás pequenas coisas, com que se consegue dizer umas com altivez, as outras com facilidade, precisão e claresa.

Seja cauto o leitor, portanto, ao penetrar todos os aposentos ignorados.

O descôco na critica é um grande erro.

Encarecemos bem que o nosso primeiro livro só se louva de ser a resultante de um aproveitado estudo

de observação, não se gaba dos arrojos da fatuidade que tanto enoja e desemparelha-se de sentimentos que entrem em conflicto com os reclamos da propria dignidade.

Mas, quem sabe, si lhe fadam os deuses a representar nos fastos doutoraes a pyramide de *Cephram*?

Sabemos que *Romulo*, embora tivesse em mãos um arado de bronze com que abrira os alicerces para a muralha quadrada da portentosa *Urbs*, por cujas portas tinham de sahir no crescer dos seculos vencedores para todos os quatro pontos do Orbe, teve que invocar a Jupiter, Vesta e a Marte a estabilidade para a sua obra.

De convicção fervorosa, nós, que tivemos um camartello tão fragil ante os penedos da jornada, invocamos, do Marte da Paz e dos fructos, armado da tolerancia e da equidade e representado na estatuaria dos Mestres que renegam o parasitismo scientifico por não poder ser condicção de vida para a intelligencia de um povo, a sentença confortadora e que garanta a fundação do nosso primeiro tecto scientifico.

O AUCTOR.

Summula

Primeira Parte: — Importancia da syphilis no apparelho ocular; syphilis hereditaria e a adquirida; cancro ocular; adenopathias e estudo anatomico da trama lymphatica; perquisição do contagio, as tres origens d'este; séde, aspecto clinico, diagnostico e prognostico do cancro ocular especifico.

Segunda Parte: — Affecções da sub-modalidade da syphilis hereditaria—a precoce e a tardia; irite como manifestação precoce de heredo-syphilis; alterações retino-choroidianas; retinite pigmentada; alterações papillares e vasculares; malformações congenitas oculares; keratite intersticial.

Terceira Parte: — Complementos geraes do estudo da syphilis adquirida; como a ophtalmologia olha para as manifestações oculares especificas; a *Irite* como syphilis adquirida, sua frequencia, eclosão, symptomatologia objectiva e subjectiva, variedades clinicas, diagnostico, prognostico, tratamento, preferencia das *fricções* no tratamento geral; emprego do *jaborandy* e hypotheses do auctor quanto á sua acção auxiliar no tratamento especifico; discussões diversas e accordo final. Observações.

A Syphilis nos olhos

PRIMEIRA PARTE

I

Entra frisantemente no catalogo etiologico das molestias dos olhos, revestida de uma symptomatologia especial e comprehendendo uma gravidade toda particular, a Syphilis, em suas duas grandes modalidades clinicas — a hereditaria e a adquerida.

A naturesa mesma do orgão lesado avoluma e concorre para maior perigo visto a nobresa dos elementos feridos pela terrivel molestia especifica, transmittida por contagio ou por herança e caracterisada em seos differentes periodos por certos accidentes, cuja evolução propende da acção do *virus* malfeitor.

A cornea, a iris, a choroide, a retina ou o nervo optico, a musculatura, o systhema vas-

cular e nervoso, as mucosas e membranas dos annexos, palpebras, canaes, armadura ossea, podem ser francamente attingidos pelo mal destruidor com uma intensidade e frequencia dignas de vivo reparo.

Si irrompe, noutras partes, uma gomma da pelle determinando uma perda de substancia, maior ou menor, o perigo é quasi minimo e a vida do orgão bem pouco se compromette.

Aqui, porém, a menor lesão sóbe em ruinas, um fóco de esclerose vem substituir o tecido proprio do orgão supprimindo, as mais das vezes, a funcção e evidenciando estragos e consequencias irreparaveis.

Consideramos como o notavel medico da Clinica Nacional do *Quinze-Vingts*, *A. Trousseau*, que, de todas as affecções hereditarias susceptiveis de agir sobre o orgão visual, é a Syphilis, sem contradicta, a mais importante e aquella cuja acção é mais pronunciada.

Elle nos concita a proclamar bem alto, tambem, que é ao lucido espirito de *Hutchinson* que devemos a noção precisa das relações da syphilis hereditaria com as molestias dos olhos; noção que se espalha, confirma e enlarguece nos bellos trabalhos do sabio Professor *Fournier*, o qual, numa collecção de 212 doentes attingidos de syphilis hereditaria, constata 101 vezes alterações especificas oculares.

Pessoalmente o proprio *Trouseau* fornece materiaes para a construcção d'este edificio, apresentando numerosos casos de uma authenticidade irrecusavel, subindo o seo calor a ponto de traçar numa de suas obras essa sentença, — *ceux qui nient encore aujourd'hui les raports évidents de la syphilis hereditaire avec les lesions oculaires sont bien décidés à ne pas voir, à ne pas entendre.*

Comtudo, ser-nos-ia mister indagar detidamente da grande lei biologica geral que rege os seres mais simples tão bem como aos animaes mais aperfeiçoados; d'aquella que transmitte a forma e a estructura, a composição chimica e as propriedades vitaes indissoluvelmente ligadas aos orgãos e suas modalidades funccionaes; d'aquella que o venerando *Montaigne* collocava ao lado das *étrangètès si incomprehensibles qu'elles surpassent toutte la difficulté des miracles?*

Não; não queremos nem precisamos syndicar das muitas theorias que asseguram e comprovam em seo mecanismo intimo e difficultoso essa grande causa — a Herança.

Vindo de muito longe teriamos que romper talvez mais que a espessura de tres seculos de merecida indagação da herança syphilitica e revistando os largos e penosos dias das acuradas investigações ante-passadas sobre tão alto

assumpto, bem sombrias noites penderiam do firmamento antigo embargando o estellante zimborio das conclusões modernas, restando de conforto ao romeiro extenuado, apenas, a gloria, sincera e grata, de cortejar a veneravel effigie de *Paracelso*, o primeiro a affirmar que o *mal francez* era hereditario e passava de paes a filhos.

Antes, por obediencia ao plano do nosso trabalho, consideramos essa questão, que o é, indesligavel da nossa dissertação quasi, como um dogma da sciencia hodierna, sem revoltar cinzas mortas que provocariam a poeira esteril dos longos debates, marginando, sim, a ultima phrase de *M. Springer*, que, no Congresso de Medicina de Lyon, considera a herança, por justos titulos, o factor mais importante da predisposição morbida.

Effectivamente no apparelho que estudamos não resta duvida que uma molestia hereditaria ou constitucional favorece grandemente a eclosão de varias affecções oculares.

As molestias que mais communmente são transmittidas directamente dos paes aos filhos são as mal-formações: coloboma da iris e da choroide, microphtalmia, aniridia, persistencia da membrana pupillar, cataractas e amblyopias congenitas, nystagmus, albinismo, retinites pigmentareas.

Magnus noticia um homem que cegando por uma ophtalmia de recem-nascido tivera 2 filhos microphtalmicos.

Fruchs conheceo um medico microphtalmico do olho direito por haver o pae perdido na infancia o olho direito por irido-cyclite.

Deutschmann obteve em coelhos, experimentalmente identicos resultados.

Uma parte interessante é que nem sempre a herança ocular se manifesta na infancia; vae irromper ás vezes na adolescencia e até na velhice.

Mais curioso ainda é que não é necessario que, o ascendente tenha uma affecção ocular para influir ou cedel-a aos olhos do filho; basta apenas confiar-lhe uma tara, um stigma de degenerescencia. Assim, um nervoso, um alienado, póde procrear um menino strabico, de amblyopsia congenita, de nystagmus, sendo que o strabismo já abandona as ideias antigas de só ser devido á perturbação de refracção e subordina-se ao pensar, mais em dia, de ser as mais das vezes consequencia de uma tara hereditaria.

A myopia tambem é uma grande prova da herança pathologica ocular.

Em 320 meninos myopes *Motais* encontrou antecedentes hereditarios em 216 familias, 65 %; em 20 familias em que pae e mãe eram

myopes e contava-se 62 filhos, 47 eram myopes; 72 %.

Ainda observa este notavel clinico que a myopia hereditaria é mais precoce que a adquirida e que attinge aquella um gráo mais rapidamente elevado e as complicações são mais frequentes e precoces.

Temos, portanto, sobejas razões para acreditar religiosamente no grande factor morbido e para inteireza de convicção da herança syphilitica consignamos tambem o altanado parecer do eminente syphiligraphista *A. Fournier*, que, segundo *Ch. Buchard*, foi quem melhor registou esse assumpto, classificando e expondo as opiniões dos seos predecessores e trazendo o enorme contingente de 600 observações pessoaes recolhidas no periodo admiravel de 25 annos de observação feita *sans esprit prèconçu, sans attache à aucune doctrine, à aucun systhème*

***

No entanto é ainda assás contestada por muitos pathologistas e clinicos a herança syphilitica no curso da segunda geração; ou melhor questiona-se sobre si um filho de paes syphiliticos vem a procrear contaminados.

O raciocinio garante a possibilidade theoricamente por sabermos que a syphilis pode dar logar a accidentes sobrevindos 15 e 20

annos após a infecção primitiva, confirmando *A. Fournier* que uma moça de 20 annos sendo attingida de syphilis hereditaria, ao casar-se, pode gerar uma victima d'essa pathogenia morbida.

Tão veresimil, porem; quanto parecem, á primeira vista, não são clinicamente essas conclusões.

Bem assim se objecta a bastante falseiada observação de *Hutchinson*, pois que, no caso por elle, de bôa fé, apresentado e em que se trata de um menino, é verdade, syphilitico e filho de mãe attingida de Keratite parenchymatosa heredo-especifica, o pae contraira syphilis alguns annos antes do casamento, a molestia do filho, assim, transmudando-se francamente devida á infecção paterna.

Casos pouco demonstrativos assignalam *Lannelongue* e *Besnier*.

Algumas manifestações dystrophicas oculares observadas em certos jovens quizeram, *Bocchi*, *Strzeminsky*, *Barabacheff* e *Antonelli*, subordinar a uma *lues* contraida outr'ora por avós.

Da mesma forma *Treacher Collins* seguio a descendencia de individuos tendo sido attingidos de keratite intersticial especifica constatando nesses descendentes uma mortalidade relativamente elevada. Não obstante, o Dr. *F.*

Terrien não liga merecedora importancia a taes documentos e julga de verdade apenas e plausivel que a syphilis na segunda geração não parece ter sido ainda bastantemente verificada.

Corroborando essa sympathica opinião em que alicerceamos um juizo abertamente suspeito para as manifestações oculares heredo-specificas na 2.ª geração, *Huguenin*, noticia 7 creanças nas quaes o ascendente materno era frisantemente culposo e nenhuma apresentava malformação ocular.

Ora, nos casos *Huguenin* havia keratite interstìcial no momento da gravidez; naturalmente a suppor a transmissão costumeiramente possivel, ella far-se-ia mui prompta e facilmente pelo organismo materno durante os 9 mezes de vida fetal, desde que a keratite fosse de origem especifica.

A negativa, porem, veio cimentar mais solidamente a duvida.

Para melhor contexto ás 7 observações referidas, mais 12 outras foram, por elle, reunidas de meninos de paes heredo-especificos e nenhum apresentava confirmadoras lesões oculares que permittissem a diagnose de syphilis hereditaria de 2.ª geração.

Quizeramos trazer um contingente para tão attrahente questão ; mas, pena é confessar que penderam em falso nossas tentativas, porquanto

consultando mestres, clinicos e mesmo outras pessoas, nenhuma contribuição adquirimos nesse sentido e menos nos falaram os archivos hospitalares nullificando-se inteiramente os nossos bons desejos.

Sobre syphilis de segunda geração, portanto, por accorde, nos utilisamos em grande dóse da polidez e circumspecção de *F. Terrieu* que julga que se não é prudente em affirmal-a e ainda menos cauteloso attribuindo a existencia de terceira, guardando uma reserva enorme para os casos desse genero por alguem consignados por não nos esquecermos de que a Syphilis é uma affecção vastissima, sobretudo nos centros populosos em que ella pode chegar a 10 ou 12 por 100 da população, tornando-se em certos casos difficil excluirmos com segurança o mal adquirido, graças a uma elasticidade especial, num dos ascendentes segundo ou terceiro gráo.

*
* *

No emtanto ninguem pode absolutamente negar que a Syphilis se estereotypa na primeira geração desacompanhada de qualquer vestigio de contagio ou inoculação, recente e exterior, que a justifique alèm da propria herança.

O clinico examinará detida e cuidadosa-

mente o seo doente em inspecção na vasta superficie cuticular; pesquisará com maximo rigor todas as cavidades accessiveis á vista e ao tacto; usará dos mais engenhosos apparelhos de analyse propedeutica; revistará os *testemunhos posthumos* como resquicios positivos de elementos diagnosticos; nenhuma cicatriz será observada, nenhuma adenopathia reveladora do *cancro*, nenhuma erosão, vicio de conformação exterior, ostheopathias, maculas e demais signaes de syphilis será apercebida e entretanto a intensidade da molestia e uma symptomatologia caracteristicas renegam outra etiologia que não seja a da especificidade morbida.

A affecção assestada no apparelho ocular suggestiona de principio o mais benigno prognostico e breve curabilidade.

O diagnostico se impõe ao medico imperativamente.

Mais dias a permanencia injustificavel do mal e retardamento da cura perante a therapeutica intelligentemente applicada impacientam o facultativo, que prorompe em causticas imprecações á manipulação pharmaceutica desproveitosa e o doente desfallece numa cruel desesperança.

Trata-se de uma keratite intersticial rebeldosa ás applicações quentes e á atropina em

grande dóse; uma irite, talvez, obstinada ao unguento simples ou belladonado, e ás milagrosas paracenteses.

Que mão occulta arduamente, assim, predestina trevosos circulos de papyro a semiotica ophtalmologica?

Sem observações secretas responderemos firmemente — é a Syphilis hereditaria — essa herva selvagem e má que, por vezes, rasteira e cautelosamente serpêa o organismo infantil, fazendo-se marmore de destruição futura nas differentes edades, quebrando a singela melodia que se revela no prazer das cousas vivas com a tempestade inesperada das desgraças do aniquillamento com que premeia os infortunados de nascimento.

II

Sopearemos, agora, o limiar da Syphilis adquirida.

Sabemos que essa não tem nunca genese expontanea; resulta de um contagio, uma inoculação, a penetração material de um contagio especifico no organismo.

Eis o axioma de *A. Fournier: — Une syphilis acquise est toujours le produit, par le fait d'une contagion quelconque, d'une Syphilis anterieure.*

Na nosologia ocular, portanto, hão de figu-

rar os quatro modos de penetração da syphilis e as modalidades variaveis do contagio.

Conservamos em mente, a proposito da inoculação, a phrase cathegorica de Ricord.

— *Le voilà, je le tiens au bout de cette lancette avec laquelle je viens de racler la surface d'un chancre.*

Não projectando enfrentar a syphilis senão no terreno das manifestações clinicas oculares dispensamo-nos de demoradas referencias a esse respeito, passando a noticiar o *Cancro* no apparelho ao nosso estudo com a frequencia, séde, aspecto clinico, diagnostico e prognostico.

***

A região genital é a séde mais habitual do cancro syphilitico.

Si se o encontra n'outro ponto da pelle ou das mucosas toma a designação de *cancro extra-genital.*

A. Fournier affirma que os cancros extra-genitaes são mais frequentemente encontrados na mulher que no homem, vindo a ser a proporção de 16 %, emquanto que no homem de 5 a 6 %.

O cancro ocular pertence á cathegoria extra-genital.

Não é mais frequente que o digital e o mamillar.

Distingue-se ainda que o cancro seja do globo ocular propriamente ou dos annexos: palpebra, conjunctiva e apparelho lacrymal.

Quer o Dr. *F. Terrieu* que em rigor só se possa encontrar cancro ocular na cornea, as outras partes do globo não sendo accessiveis directamente, porquanto não parece ter sido n'ellas encontrado.

Esse juiso não é inflexivel. Muito mais raro o cancro ocular propriamente dito, muito mais commum é o cancro dos annexos.

D'ahi o querer se designar esses ultimos— *cancro do olho;* o que sobre não agradar a expressão, não traduz o facto, tornando-se mais adequado dizer-se — *cancro palpebral, conjunctival e lacrymal.*

Em desaccordo ao que se observa com relação aos cancros extra-genitaes nos sexos, aqui, o cancro ocular é mais frequente no homem que na mulher.

Quanto á maior frequencia de localisação é a palpebral.

Differenças de caracteres e particularidades notaveis apresenta o cancro ocular. Assim, o cancro syphilitico habitual tão bem descripto por *A. Fournier* é caracterisado, —

por uma erosão muito limitada, arredondada ou ovalar;

erosão superficial, plana, e de nivel

com as partes visinhas, algumas vezes ligeiramente levantadas, raras vezes cavada, não tendo bordos reaes e continuando-se com os tecidos sãos periphericos;

erosão vermelha, de fundo liso, suppurando muito pouco, forrada por ligeiro espessamento dos tecidos e repousando sobre base solida;

erosão, emfim, acompanhada de uma adenopathia correspondente.

Temos a notar salientes differenças no cancro ocular.

Localisado na palpebra é quasi sempre unico e se assesta mais frequentemente na palpebra inferior onde forma uma ulceração em crescente.

H. Coppez e *Terson* o tem visto coincidir com um ou varios cancros de outras regiões.

Evolue raramente sobre a face cutanea e quando isto se dá em nada se distingue do cancro da pelle em geral tomando a forma crôstosa e de uma ferida.

Nessa região, a palpebral, elle é sempre infectante segundo *De Lapersonne*, que assevera de nella não accusar-se existencia de cancros molles.

Se o tem observado tambem ao nivel das

commissuras, na região pre-lacrynal e na face interna das palpebras.

A variabilidade de aspecto poderia deixar duvidas sobre o diagnostico, porem, a induração pergaminhosa da base falta raramente e a éxistencia constante de uma volumosa adenopathia pre-auricular, sub-maxillar ou sterno-mastoidiana são uma sainete segura para a formação de um juizo decidido.

No bordo ciliar o cancro tem sua séde de predilecção sobretudo ao nivel da commissura interna affirma *Panas*. O angulo externo é raramente attingido.

Simula no começo um neoplasma da palpebra, surde na base de um cilio em forma de botão de acne, depois se ostenta na superficie formando um tumorsinho de eixo parallelo ao bordo livre da palpebra e medindo conforme estudos de *Fournier* 1 cent. pouco mais ou menos de largura e 8 a 10 mill. de altura.

Ao toque é muito duro, ferindo aos sentidos, algumas vezes, a sensação cartilaginosa, tem superficie lisa, unida, de coloração vermelho vinhoso e por casos apresenta um revestimento crostoso.

Os bordos se talham a pique, embora, poucas vezes, sejam não bem traçados e apenas uma mudança de coloração e uma linha ou

sulco pouco pronunciados na epiderme os revele.

A visinha pelle é vermelha e violacea, de uma cambiante especial, como infiltrada, mas não deixando ver mais o tinto sombra particular do cancro e formando como que uma aureola em redor da lesão especifica.

Ao nivel da superficie escoriada, apenas humidefeita, não ha ou restam secrecções.

A ulceração, quasi sempre superficial, assenta sobre um plano cartilaginoso perceptivel aos dedos.

A induração, franca, é inteiramente caracteristica, é precoce e persiste muito tempo após a desapparição do cancro.

Na conjunctiva se conhece segundo *F. Terrien* apenas uma vintena de casos, podendo assestar-se o cancro ao nivel do angulo interno, do canthus externo ou noutro ponto della, em particular no cul-de-sac.

Pela estagnação das lagrimas o cancro do grande angulo dos olhos é o mais frequente.

Reproduz em parte o aspecto do cancro do bordo ciliar e forma um neoplasma bem circumscripto, duro, de superficie erosiva.

Com raridade elle se ostenta ao mesmo tempo na caruncula e na dobra semilunar.

O professor *E. Gaucher*, cujos meritos não tomam emprestado reverencias, no boletim da

Sociedade de Dermatologia, em Dezembro de 1901, publicou um substancioso artigo sobre *Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale*, no qual havia uma formosa observação de cancro syphilitico do angulo interno do olho direito, seguido de roseola, de uma menina de 6 annos.

Esse facto em que proemina o modo de contaminação no interesse clinico empallidece na referencia contagiosa, o que diz *Terrien* ser a regra em casos d'esse genero.

O cancro do canto externo, muito mais raro, affecta um typo em *rhagade* dos francezes, fendido ou cancro aberto em ramos, em razão da divisão em dois seguimentos que se reunem ao nivel da commissura, como podemos entendel-o.

Ordinariamente, muito endurecido, a superficie ulcerada se entretem e irrita mais a mais com os movimentos das palpebras e pode simular um cancroide.

De cancro da conjunctiva bulbar apenas se conhece uns 25 casos.

F. Terrien diz ter tido a bôa fortuna de observar um caso com o professor *Panas* e noticia que *Rollet* apresentou uma nova observação.

Sourdille, porém, pensa que elles constituem uma raridade pathologica.

O cancro inicia-se insidiosamente e se manifesta por perturbações que fazem pensar numa conjunctivite ligeira. Após apresentam-se pequenas escoriações ou uma só num ponto da mucosa, muito superficiaes, opalinas e de bordos irregulares.

Concumitantemente a conjunctiva entumece e forma uma saliencia papulosa, arredondada ou ovular, de 10 a 15 mills. de diametro e cuja espessura pode attingir 6 a 7 mills.

A saliencia é dura, amarello avermelhada, consistencia cartilaginosa, a mucosa se edemacia e fica bastante vascularisada para a peripheria.

Uma caracteristica se confirma nesse aspecto e indolencia quasi completa da affecção, emquanto que os phenomenos reaccionaes são quasi nullos.

A's vezes segue a essa infecção secundaria uma conjunctivite intensa.

De Lapersonne affirma ter visto o cancro se complicar de keratite com ulceração da cornea; a iritis tem sido observada tanto por *Fournier* como *Savy*.

A chemosis conjunctival geralmente é bem accentuada. Isso justifica uma lymphite primitiva interessando a rica rede lymphatica que occupa o tecido conjunctivo frouxo sub-conjunctival. Essa tumefacção encaminha-se para a cornea cobrindo-a na peripheria sem comtudo

lesar a transparencia. O edema escleroso augmenta com a induração, emquanto que a ulceração cicatrisa simulando um verdadeiro tumor, que *Rollet* comparou ao observado nos grandes labios e que, elle só, adverte a presença de um cancro syphilitico-genital.

Morax e *Valude* descrevem a superficie d'este cancro com um aspecto diphteroide.

Terrien consigna que elle póde tornar-se phagedenico.

No praso de 2 a 3 semanas persiste esse aspecto, quando pouco a pouco se vae dando a reabsorpção, porem, com cicatrisação demorada em razão da acção irritante do ar e das lagrimas.

O cancro da glandula lacrymal é considerado ainda hypothetico.

Terrien menciona apenas uma observação recente de *Anargyros* na qual se acreditou uma tuberculose, no principio, da parte inferior da glandula.

Havia tumefacção glandular, hypertrophia da conjunctiva com pequenas nodosidades amarellentas, confluentes e engorgitamento préauricular.

Extirpada a glandula houve ausencia de cellulas gigantes e bacillus tuberculosos, verificando-se a apparição quatro semanas mais tarde de um exanthema papulo-maculoso e

entumecimento de todos os ganglios lymphaticos, além do que uma periostite ulterior e o rapido resultado das fricções mercuriaes confirmaram a syphilis inquestionavelmente.

E pensamos com o autor de que se tratasse antes de uma affecção syphilitica primaria, por termos tido a grande satisfação de contar uma d'essas observações, a que mais adeante nos referiremos, colhida ao tempo de nosso internato hospitalar, em que a affecção attingio desfarçadamente os ossos do nariz ao em vez de ser a conjunctiva, no caso *Anargyros*, e foi depois se alojar na glandula lacrymal simulando um cancro.

***

A adenopathia que acompanha a erosão syphilitica, e é symptomatica do cancro infectante, adquire uma capital importancia visto os desvios do typo normal.

O ophtalmologista deve estar prevenido na disposição anatomica dos lymphaticos para com acerto procural-a, pois que a lympha toma rotas bem diversas no apparelho ocular formando departamentos e um systhema todo proprio e desegual dos centros genesicos.

Eis o motivo por que trasladaremos seguidamente de *Emile Berger* a anatomia da trama

lymphatica para melhor comprehensão a esses estudos.

Os lymphaticos anteriores do olho e das palpebras são divididos em lymphaticos superficiaes e lymphaticos profundos.

Os superficiaes terminam-se, segundo pesquisas classicas de Sappey, nos ganglios lymphaticos pre-auriculares situados na superficie da parotida e para deante dessa glandula. Os profundos acompanham a veia facial e se dirigem ás glandulas lymphaticas maxillares.

Schwalbe, fazendo injecções no espaço inter-vaginal do nervo optico, demonstrou que esta ultima cavidade lymphatica communica com uma rède situada entre os feixes das fibras opticas e o entrelaçamento fibroso do nervo optico.

Essa rede lymphatica é sobre tudo desenvolvida para dentro da lamina crivada, bem como o espaço intra-vaginal do nervo optico communica com os espaços sub-dural e sub-arachnoidiano do cerebro.

Confirmam o resultado de numerosas autopsias a dilatação em forma ampoular do espaço inter-vaginal do nervo optico pelo augmento de tensão intra-craneana.

Com a cavidade de *Tenon* communica *a cavitas supra-vaginalis*; isto é, o espaço lym-

phatico super-vaginal que cerca as bainhas do nervo optico.

A cavidade de *Tenon* vae ter ao espaço lymphatico supra-choroidiano, que está entre a choroide e a esclerotica, pelas bainhas lymphaticas que cercam os *vasa vorticosá*.

Auctores modernos, porem, negam que as bainhas laminosas que cercam os *vorticosa* para dentro dos canaes escleroticaes constituam trajectos lymphaticos abertos e dispostos a reunir o espaço supra-choroidiano á capsula de *Tenon*.

As bainhas existem, elles não negam, mas obliteradas em certos pontos por adherencias circulares que ligam a parede vascular ao canal esclerotico.

No entanto injecções feitas por *F. Langer* demonstraram cabalmente que o espaço supra-choroidiano não communica directamente com o espaço de *Tenon*.

D'esse complexo anatomico resulta que no apparelho ocular todos os lymphaticos dos annexos do globo vem se reunir em dois grupos distinctos: — um, *externo*, constituido pelos lymphaticos da metade externa das palpebras dirigindo-se para fóra e vindo terminar-se num pequeno ganglio sito 1 cent. pouco mais ou menos adeante do *tragus* — o ganglio pre-auricular — difficilmente perceptivel no estado

normal, e, que, no entanto, pode attingir dimensões de uma amendoa e quando engurgitado tornar-se mais accessivel pelo volume; outro, *interno*, comprehendendo os lymphaticos da metade interna das palpebras, dirigindo-se para dentro até o angulo interno das palpebras e depois de reunir-se, ahi, aos lymphaticos que cercam a terminação da arteria e da veia faciaes e indo terminar nos ganglios sub-maxillares.

Patente, assim, fica ao clinico a zona onde se revela a adenopathia — *região pre-auricular e região sub-maxillar.*

Symptomaticamente o cancro não fere concumitantemente as duas regiões.

Bem assim os cancros do canthus exterior e da parte externa das palpebras produzem uma adenopathia caracterisada por uma adenite pre-auricular e parotidiana; os cancros do canthus interno a revelam nos ganglios sub-maxillares.

Comtudo, algumas vezes qualquer que seja a séde do cancro, as duas regiões ganglionares são feridas ao mesmo tempo, visto as anastomoses multiplas da rede lymphatica palpebral.

Semelhantemente ao que se observa em todas as adenopathias especificadas, vê-se numerosos ganglios invadidos simultaneamente e a adenite do cancro do olho pode ser constituida

por uma verdadeira *cadeia de ganglios*, começando no ganglio pre-auricular e continuando toda a região cervical anterior até ao cavado sub-clavico.

Demais a hypertrophia ganglionar imita os caracteres habituaes da adenite syphilitica primaria: ausencia de dôr e de reacção inflammatoria e dureza glanglionar, os ganglios na media sendo grossos e movediços debaixo da pelle.

***

Não bastam, porém, os caracteres acima para chegarmos ao conhecimento de um cancro ocular especifico.

A perquisição do contagio é o pharol jogado na encruzilhada dos trevosos caminhos a advertir que os symptomas syphiliticos tomados isoladamente não apresentam sempre caracteres decididos com que se os reconheça logo, sendo indispensavel procurar no commemorativo e exame attento do doente os ensinos precisos para estabelecimento de um seguro e pratico diagnostico.

Os estorvos vem nos demais casos tanto das analogias subjectivas com as de ordem somatica, como dos claros abertos pelo pejo ou adrede malicia dos clientes no elucidar diagnostico, precisando o medico exercitar-se

numa subtileza capaz de não ruborisar o doente e offender aos seos creditos, o que além de arduo e difficultoso é, ás vezes, superfluo, porquanto a etiologia tem de necessariamente ficar incognita pelas numerosas circumstancias accidentaes, fortuitas e mesmo impossiveis de ser encontradas por anamnése.

D'ahi o professor *Fournier* attribuir as tres origens seguintes:

1.° Contacto directo, realisado principalmente pelo beijo.

Exemplos: — Um estudante de medicina transmitte um cancro da palpebra superior a sua mulher beijando-a sobre os olhos quando era affectado de placas mucosas buccaes.

O mesmo succede a um menino de 8 mezes cuja tia affectada de placas mucosas amygdalianas transmitte-lhe um cancro do grande angulo do olho.

Muito mais raramente o contagio se deriva de dentadas ou de sucções exercidas sobre o olho para aspirar derramens sanguineos palpebraes e até da repugnante pratica do *léchage* das palpebas como processo para extracção de corpos extranhos.

O Dr. *Tepliaschin* apresenta 34

individuos infectados assim por uma *magicienne* que tinha profissão de extrair corpos estranhos e curar trachomas por esse processo.

2.º Transporte do contagio por diversos processos: os dedos sujos de pús syphilitico;—a sordida, porém, commum pratica das mães incultas besuntarem os filhos quando sentem qualquer comichão nos olhos com a saliva; — sobretudo pela esputação, isto é, a projecção de bolinhas de saliva conduzidas pela corrente expiratoria quando se fala ou tosse, as quaes partidas de bocca affectada são como grãos de chumbo de espingarda occasionando onde cahem o contagio syphilitico.

Infortunadamente os medicos estão mais que qualquer expostos a receberem no rosto essas perigosas cargas de chumbo quando no grandioso mister profissional examinam a bocca ou a garganta de um syphilitico ou, melhor, as cauterisam.

Isso fez o sabio mestre *Fournier* repetir sempre aos seos discipulos; « *mefiez-vous bien, quand vous avez à pratiquer une cautérisation dans la bouche et surtout dans la gorge*

d'un syphilitique. Même averti de ce qu'on va lui faire, même se tenant sur ses gardes, le malade pourra ne pas résister, au moment où vous lui toucherez la gorge, à un accès d'une toux réflexe, spasmodique, subite, intense, laquelle vous enverra une pluie de gouttelettes salivaires en pleine visage.

Tanto um professor da Faculdade de Paris, como um interno do hospital *Saint-Louis* e mais cinco collegas do Dr. *E. Fournier* foram accommettidos de syphilis ocular em seguida a cauterisações gutturaes.

Um d'elles, assim refere o mestre, casado e marido exemplar, sem se expor de velha data ao culposo contagio, foi ter ao seo escriptorio trazendo uma lesão da palpebra superior, erosiva, vermelha, do tamanho de uma amendoa, que elle não teve trabalho em reconhecer um cancro syphilitico. Pelo historico, confessou ter recebido no rosto, seis semanas antes e precisamente nas palpebras, uma verdadeira chuva de gottinhas de saliva no momento em que cauterisava numa de suas doentes de *Lourcine* placas mucosas confluentes da garganta.

Realça uma particularidade ainda, é que em todas essas observações todos haviam lavado e bem lavado o rosto após a operação, o que de forma alguma abate a utilidade da lavagem e apenas faz sobresahir a necessidade de em casos taes se fazer ablações mais completas, prolongadas, minuciosas e secundadas por antisepticos.

3.º Contagios mediatos: — esses são de maior frequencia e susceptiveis de realisação por processos diversos, servindo de intermediarios—toalhas, esponjas, lenços, instrumentos cirurgicos, peças de uso domestico, tudo em relação anterior com os contaminados.

Vê-se, portanto, o alto valor d'essas tres origens de contagio formuladas pelo notavel syphiligraphista.

Ainda invocamos o testemunho de outras proceridades na sciencia e factos de merito irrecusavel colhidos na memoria de paginas lidas.

Schweinitz refere o caso do medico que tivera um dos olhos attingido por liquido uterino no curso de um parto e consequente cancro especifico.

Amas de leite pelo habito repugnante de asse-

arem o peito com saliva têm originado cancros nos olhos das creancinhas amamentadas.

Muitos e numerosos factores evidenciam o profundo sulco da gravidade dos contagios quer directo quer indirecto.

Aumont, porém, destaca a acquisição profissional.

*
* *

Para ultimar essas considerações sobre o cancro do apparelho ocular e bem firmarmos o diagnostico, pouco nos resta além do expendido.

Remontando ao anno de 1850 encontramos o vulto de quem primeiro o observou precisamente, o velho *Ricord*, embora, *Makensie* e *Desmarres* hajam mencionado ulcerações syphiliticas palpebraes.

Mesmo depois multiplicaram-se as observações, chegando *Fortuniadés*, numa these recente, a noticiar o crescente proporcional de 1 por 500.

Terrieu acredita se o poder encontrar de 4 a 500 em relação aos cancros extra-genitaes.

Comtudo relativamente ás varias affeções syphiliticas essa constitue uma das de menor frequencia.

Assim, *Badal*, em 631 casos de syphilis ocular, só a encontrou 11 vezes, e *Alexander* em 1385 doentes, 8 vezes apenas.

Quanto ás edades em qualquer pode ser o cancro observado. Assás frequente no menino, é inda mais no adulto e no sexo masculino durante o periodo de actividade sexual, sendo que no velho rareia muito.

O cancro pode ser confundido com um furunculo palpebral, affecção aguda, inflammatoria e dolorosa, que ás vezes acompanha-se de franca adenopathia.

No emtanto o caracter mesmo da erosão, a induração e a adenopathia indolor distinguem perfeitamente.

Queimaduras da região irritadas por pensos sujos ou causticos podem motivar hesitação. Nesses casos, porém, os ganglios informam pela reacção inflammatoria conjunctamente com os antecedentes.

Terrieu ainda menciona o erro possivel com certas ulcerações encontradas de ordinario nos carneceiros e esfoladores attingidos do edema maligno; mas, aqui, a affecção evolue como uma molestia geral e o edema palpebral, si bem que notavel, é logo substituido por uma placa pardacenta que precede á ulceração.

Com a ulceração tuberculosa, sim, pode ser confundido o cancro palpebral, pois que o ganglio preauricular, cujo valor diagnostico é tão grande, existe nas duas affecções com os mesmos caracteres.

Comtudo a base da ulcera tuberculosa é sempre menos endurecida.

A ulceração do lupus tendo séde no bordo livre das palpebras offerece pontos de semelhança; porém, a marcha é mais lenta e o lupus se confina raramente nas palpebras. Elle se desenvolve num terreno mais estrumoso; os ganglios interessados suppuram muitas vezes; o fundo é proliferante e vermelho vivo; a ulceração começando por um tumorsinho arredondado que se ulcera depois.

O epithelioma, como o cancro, se assesta o mais das vezes no grande angulo do olho. Aquelle, porem, apparece numa edade adiantada, marcha muito lenta e os ganglios são tardiamente affectados. Os bordos da ulceração proeminam, são nitidos; o fundo é mui irregular, granuloso e sangra facilmente.

Demais disso, o tumor adhere em geral ás partes subjacentes.

A pustula maligna deixa-se distinguir por seo collar de vesiculas, a eschara negra e emfim pelo exame bacteriologico.

Na especie, o unico erro admissivel, segundo *Fournier*, sobre o qual muito insiste, é a modalidade crôstosa. Esta existe 8 a 9 vezes por 10 do cancro cutaneo e faz serias confusões.

Finalmente o cancro palpebral, que é o de

que até aqui nos referimos, pode ser enganado com uma gomma ulcerada.

Terrieu affirma que quasi sempre bastam os commemorativos para retirar duvidas.

No emtanto devemos distinguir com cuidado que na gomma a ulceração é muito mais cavada, extensa, saniosa, ficando a palpebra endurecida e entumescida.

Vejamos, agora, o cancro conjunctival.

Geralmente o diagnostico se impõe; ás vezes carece vivos olhares.

A induração algumas occasiões é difficil de aperceber-se; a adenite do ganglio pre-auricular, surgindo pouco tempo após a existencia de ulceração da conjunctiva, forma um signal de presumpção importante em favor do cancro; mas, não pode ser encarado pathognomonico, como o quer *Touchaleaume.*

O cancro pode ser ignorado, não apercebido e pensa-se numa conjunctivite simples ou numa blepharite. Interrogando-se ao systema ganglionar não ha empeços ao diagnostico.

Tambem não devemos tomar o cancro por uma conjunctivite flictenular.

Seriamos assás peccadores não vendo que a ulceração nesses casos é minima, emquanto que os phenomenos reaccionaes e inflammatorios são muito intensos.

Demais, os ganglios são inatacaveis.

Mallenikow ultimamente apresentou uma observação de cancro syphilitico ao nivel do limbo exclero-conjunctival.

Notou elle nesse logar um pequeno entumecimento de aspecto phlyctenoide, cuja superficie ulcerou e tomou a consistencia cartilaginosa. Após, uma rozeola typica e placas mucosas confirmaram o diagnostico especifico.

O herpes pode mascarar a forma erosiva do cancro conjunctival; mas, no primeiro caso, tem-se a dôr, uma extrema photophobia, a cornéa é attingida e os ganglios permanecem indemnes.

Em alguns casos de pemphigus da conjunctiva poderia haver vacillação; mas ahi estão as bolhas volumosas ás quaes succedem as ulcerações profundas.

Os ganglios ficam intactos e a ulceração, ordinariamente unica no cancro, é multipla no pemphigus.

Com o cancro mólle seria mais facil a confusão. Entretanto, além de controvertida a sua presença no apparelho ocular, por muitos autores, vindo a ser excepcionalmente encontrado, se distinguirão bem os seos caracteres formulados nas duas observações de *Thiry et Dignes:* — ulceração de bordos talhados a pique, fundo amarello, súppurado, sem induração, dores vivas,

suppuração abundante, nenhuma adenite, e si a tem, é dolorosa.

Caso imperem ainda duvidas, o exame bacteriologico revelará o bacillo *Ducroy-Unna*, especifico do cancro molle.

O cancro pseudo-membranoso pode ainda algumas vezes fingir uma conjunctivite diphterica; porem, a falsa membrana é nesse caso mais extensa e mais crôstosa, além de que existem simultaneamente ulcerações corneanas, senão muito de longe, a infiltração lardacea da mucosa, fazendo lembrar a induração do cancro.

Ainda é possivel tratar-se de um tumor maligno da conjunctiva

A marcha então tudo elucida.

Só quando a neoplasia augmenta, torna-se de um vermelho vinhoso e se ulcera na culminancia, é que os ganglios se resentem.

Uma dacryocystite tambem serve de debate, si bem que excepcionalmente o cancro se aloje no grande angulo do olho.

De Lapersonne conta um caso recente.

Emfim, rematam as differenças diagnosticas do cancro especifico ocular, nos accidentes secundarios, a ausencia de induração e de ganglios, e mais até que a manifestação ocular raramente se isola, constatando-se outras erupções no corpo que vem frisantemente completar o juiso.

E' raro confundir-se o cancro com uma gomma não ulcerada; entretanto o erro é frequente quando o tumor ulcera, pois sobem as difficuldades.

Lembremo-nos, porem, sempre e sempre do quadro de *Sourdille*: — a edade da syphilis, a existencia de outros stygmas, ausencia de adenite, tendencia destructiva da gomma produzindo ulcerações profundas, crateriformes, analogas ás de epithelio macerado — e teremos a differenciação da excoriação cancerosa.

*
* *

Não ameaça a sentença prognostica do cancro syphilito ocular.

Por sobre a redemptora limpidez de uns olhos azulados pontilhando cambiantes de siderações de conforto, nem sobre o segredoso e cauto moreno das pupillas scismaticas, onde reinam as florações venturosas, jamais, o virus máo nuveja o desconsolo de arruinamentos impiedosos e injustos.

Tanto nos garante do cancro o conceito de *M. Ricord*: — *C'est un accident qui ne saut que rarement aux yeux et ce n'est pas dans tous les cas celui qui rend le plus ordinairement l'amour aveugle.*

Razão por que o prognostico é geralmente benigno.

O symblepharon, ou, adherencia da conjunctiva á palpebra, é rarissimo; o entropio e o ectropio não são communs e inda menos a formação de uma epiphora.

Apenas se observa a perda de cilios numa extensão maior ou menor do bordo palpebral.

A induração caracteristica cede ao tratamento e resta uma cicatriz ligeira como traço apagado da infecção especifica.

SEGUNDA PARTE

I

EMPREHENDEMOS discorrer n'essa fracção do nosso trabalho sobre as affecções da submodalidade da syphilis hereditaria—a precoce e a tardia.

Sem cogitarmos outro plano, que o seria inopportuno, senão arduo e difficultoso, seguiremos o schema de *Terrien*, nosso augusto areopágo n'esses estudos, seriando na syphilis hereditaria precoce as malformações congenitas e as alterações do fundo do olho, bem como encarando successivamente as determinações localisadas, em primeiro, no segmento anterior do globo ocular — iritis, irido-cyclite, etc., em segundo logar as do segmento posterior — choroidites, chorioretinites e lesões da papilla.

* * *

Pertence innegavelmente a *Hutchinson* a demonstração de que a iritis constitue uma manifestação precoce de heredo-syphilis.

Em 1863 elle observou 23 casos na tenra edade de seis semanas e até de dois mezes. Embora podendo existir durante a vida intra-uterina é raro ser observada no recem-nascido devido á inflammação, por não ser muito intensa, passar inapercebida n'essa verde edade.

A' medida, porem, que a creança se desenvolve e abre mais facilmente as palpebras se observa francamente o processo, que, de ordinario, é mono-lateral.

Hutchinson e *Alexander* têm a enthusiastica e absoluta convicção de que essa manifestação heredo-especifica, só, é bastante para garantir a herança morbida.

Na segunda infancia ou mesmo na adolescencia, quinze, vinte annos e mais, rareia de frequencia e então passa ao grupo da syphilis tardia.

O quadro symptomatologico, affirma *Terrien*, é o de qualquer irite especifica.

Os symptomas subjectivos caracterisam-se por dores nevralgicas para o globo ocular, orbitarias e peri-orbitarias, de intensidade variavel, que, geralmente passageiras, se reduzem a uma sensação de peso peri-ocular ou de plenitude.

Tem-se querido distinguir a irite syphilitica das outras pela indolencia relativa, mas que nunca chega a ser absoluta.

As dores podem ter seo maximo a ponto de impedirem por inteiro o repouso.

As perturbações visuaes são manifestas tanto mais quanto a intensidade da affecção; a photophobia e lacrymejamento são pouco intensos; a acuidade muito diminuida e podendo ser completamente abolida.

Nos referiremos mais além, quando revistarmos os accidentes secundarios da syphilis, sobre a symptomatologia objectiva das irites; por emquanto, bastando, no percorrer da dissertação, destacar differenças particulares á precocidade dessas manifestações.

Bem assim salientamos a marcha torpida quer da irite quer da irido-cyclite, que tomam tambem a forma plastica e determinam poucos phenomenos reaccionaes.

Walton faz notar ainda que a irite pode se complicar de perturbações do vitreo e de keratite parenchymatosa, podendo-se observar que, ás mais das vezes, na keratite intersticial o tractus uval é interessado talvez mesmo primitivamente.

Comtudo essa lesão não é de regra; ficando a cornéa illesa.

A iritis heredo-especifica não differe da irite adquirida em sua forma habitual.

Como na forma adquirida ella tem uma forte tendencia a motivar synechias posteriores

e á obstrucção pupillar por abundantes exsudatos plasticos.

Pode ainda egualmente desviar-se do typo normal e figurar aspectos diversos.

Forma *serosa*: embora rara e que corresponde á aquo.— capsulite dos antigos.

Desta variedade *Hutchinson* apenas refere uma observação e com os mesmos caracteres e symptomas da irite que advem nos accidentes secundarios da syphilis, como veremos mais adeante. As complicações glaucomatosas são possiveis.

Forma *aguda*: egualmente rara. *Trousseau* apresenta um exemplo n'um menino de 12 annos.

Caracterisa-se por uma injecção conjunctival viva, dores ciliares, photophobia e mais os symptomas communs de iritis.

O prognostico é relativamente benigno, caso não seja descurado o tratamento.

Forma *mixta com keratite*: esta é mais franca que na forma adquirida e a perturbação cornéana pode invadir toda a membrana. Desenvolve-se uma verdadeira keratite intersticial que se vascularisa em seguida e vem mascarar completamente a affecção primitiva.

Forma *gommosa*: menos rara que as precedentes. *Alexander* nota duas observações; n'uma, a gomma assestando-se na parte media da iris, entre a zona ciliar e o bordo pupillar e fazendo

saliencia na camara anterior e lampejando uma coloração pardacento-amarellada.

Terrien vio um caso n'uma menina de 3 annos que apresentava ao mesmo tempo uma arthrite do joelho direito.

Watson adverte que, como na forma adquirida, a gomma pode abrir-se e dar logar a um hypopyo, embora não seja regra, que termina geralmente pela resolução.

O diagnostico não é difficultoso e o prognostico é sempre serio; muito mais ainda, aqui, do que na forma adquirida.

***

Tratemos das lesões do segmento posterior.

Alterações retino choroidianas. — Sob a forma aguda se apresentam com raridade as choroidites.

As mais das vezes são choroidites fetaes, intra-uterinas, podendo-se apenas destacar lesões cicatriciaes reveladas por alterações do fundo do olho e apreciaveis ao ophtalmoscopio.

Hirschberg, *Netsleshipp*, *Alexander*, *Antonelli*, completaram os estudos quanto á forma typica dessas lesões entrevistas por *Bader* e *Hutschinson*. Comtudo ha escolhos reaes devido ás variações que pode apresentar o fundo do olho conforme os individuos e não

se deve tomar por alterações dystrophicas variedades physiologicas.

Em 4 typos, segundo *Huguenin*, as dividiremos:

Typo I. — (a) — *forma ligeira*, caracterisada por um conjuncto de pequenas manchas amarello-avermelhadas, 1/15 a 1/20 de diametro papillar, pigmentadas principalmente para a peripheria.

As papillas normaes.

(b) — *casos mais frisantes*, lesões mais nitidas e mais extensas. Embora mais reveladas na peripheria approximam-se da papilla e da macula e o nervo optico apresenta coloração esbranquiçada ligeiramente atrophica.

Além da diminuição de acuidade ha um estreitamento do campo.

A affecção é geralmente bi-lateral, de prognostico favoravel, visto a lesão não ter tendencia a progredir e, si resulta diminuição visual, é devida a outras complicações provindas da molestia causal — keratite intersticial, atrophia optica, chorio-retinite.

Typo II. — Denuncia-se pela presença de fócos pigmentados, isolados ou conglomerados, assestados de preferencia nas partes periphericas. Muito mais volumosos que os communs elles podem medir o quarto ou mesmo a metade da papilla e reunidos formam verdadeiras placas.

Ao lado se encontram fócos amarello-avermelhados, redondos; porém, sempre menos abundantes que os pigmentados.

As lesões são sobretudo patentes na peripheria.

No emtanto, podem se extender mais ou menos para a papilla e para a macula.

E' escassa a contestação de quaesquer alterações outras da choroide; sendo insignificantes as perturbações do vitreo.

Infere-se sensivel normalidade na sensibilidade luminosa e na acuidade visual; apenas o campo um pouco estreitado para a peripheria, em os pontos correspondentes ás alterações retino-choroidianas, constitue breve linha curva a esse estado da affecção, que raramente é uni lateral.

A molestia benigna, que o é, surge muitos casos após a retrocessão dos symptomas da keratite intersticial; podendo embora precedel-a.

Typo III. — Agrupamentos os mais diversos, oriundos da fusão de fócos tambem arredondados, branco-amarellos constituem a lesão; o pigmento retiniano desapparece de todo ao nivel das manchas e se assignala nos bordos.

D'ahi, a peripheria ser ainda o ponto em que se mostram as lesões, que, contrariamente aos typos precedentes, extendem-se mais ou menos para o equador e até para o pólo

posterior do olho, podendo motivar perturbações serias da visão e um franco estreitamento do campo.

D'onde se collige a menos favorabilidade prognostica em confronto com as duas formas ulteriores, maximé no termo em que as lesões não perduram estacionarias e tendem a invadir o pólo posterior.

Typo IV. — A forma mais sombria. Maior alargamento das lesões que acarretam diminuição notavel da visão, na acuidade e no campo, sem comtudo ir á cegueira.

A affecção é essencialmente caracterisada pela perda pigmentarea em alguns pontos; n'outros, particularmente em toda a região peri-papillar e immediações do pólo posterior, reina uma hyperplasia pigmentarea enorme.

A peripheria do fundo do olho, diversamente, é pouco pigmentada.

Ao lado d'essas placas pigmentadas, que reunidas sombreiam um quadro de figuras variadas, vê-se fócos amarellentos, redondos, de chorio-retinite, medindo 1/4 a 1/2 ou mesmo um diametro papillar e que não propendem á fusão.

Por ultimo, ao nivel da região peri-papillar, toda a região comprehendida entre a papilla e as lesões pigmentareas apresenta um colorido plumbeo, pardacento, *ardoisé*, que faz lembrar, na expressão de *Terrien*, *o fundo do*

olho do negro, que por um sardonico dispor do destino differe em muito do fundo do olho do branco.

As papillas, são de uma pallidez franzina, descoradas singelamente, os vasos retinianos diminuidos de volume ; mas, é descommum que a affecção chegue á atrophia optica.

Quasi sempre bi-lateral é muitas vezes, como no typo anterior, precedida de keratite intersticial.

***

E, como acima, são os quatro typos formulados por *Huguenin* a respeito das lesões syphiliticas hereditarias das membranas profundas do orgão visual.

Comtudo os caracteres que as differençam não são sempre de modo evidente; podendo-se observar formas mixtas.

O ponto inconcusso é que nas formas benignas o prognostico assim se resolve desde que a lesão não tende a augmentos e, que, mesmo nas formas severas, si perturbações visuaes intensas figuram, são consequencia passiva de lesões outras concumitantes.

Com taes elementos se consolida um perfeito diagnostico, escapo de confusão, com uma affecção tambem particular do fundo do olho, conhecida pelo nome de *retinite pigmentada*,

que passamos a descrever ligeiramente para melhor concerto no ajuisar.

***

Uma esclerόse progressiva da retina, que marcha da peripheria para o centro, é o inicio da *retinite pigmentada*, affecção sempre bilateral, traduzindo-se por centros pigmentareos de aspecto de corpusculos osseos.

Em primeiro, periphericos, esses pontos invadem lentamente as partes centraes e chegam até ao pólo posterior; e, por fim, complicam de atrophia os nervos opticos.

Os symptomas funccionaes, insignificantes no começo, produzindo apenas um ligeiro estreitamento do campo e hemeralopia, esta, que não é mais que a expressão de uma nutrição insufficiente da retina, a qual diminue de energia e adquire um torpor especial, de forma a sendo os objectos pouco illuminados não impressionarem mais os elementos retinianos, tornam-se de mais a mais accentuados e intensos para o fim da molestia.

Então o doente tem de passar antes da perda completa da visão por estadios compungentes e desoladores.

Ao despontar o dia elle tem olhos para illuminar o mundo visual, apercebe-se das

pessoas e das coisas, na subtileza sensitiva nenhuma forma esquece das cambiantes varias, o socêgo e o agitamento, essa folha que rola descahida do tronco, aquella creatura que ri ou chora mudamente; acompanha na velocidade o corrego que lhe banha os pés, parece ver a brisa ondeiante dos pomares; mais tarde... quando o dia descahe em luz e brilho, vêm tufões de sombra que invadem o céo e as consciencias, na hora serena do crepusculo, em que surgem as estrellas, talvez pulverisação divina do sól no occaso para inundar de chimeras o firmamento azul, ah! n'ess'hora tambem de escondrijos e emboscadas, de crimes e torpezas, o desditoso enfermo ja não tem olhos senão para a cegueira nocturna, elle é um hemeralopo.

Essa hemeralopia, porêm, que se pode deparar em diversas alterações do fundo do olho, affirma *Terrien*, quando de origem especifica, para maior pesada de confrangimento, nunca como na *retinite pigmentada* é tão assignalada e grave.

Progressiva, porém, atroz pela lentidão, a cegueira é a terminação habitual da molestia, na edade de 40 a 50 annos, quando a atrophia retiniana se completa inteiramente.

Leber descreveo retinites pigmentareas sem pigmento, isto é, nas quaes a pigmentação é tão pequena que sós, o aspecto da papilla, tinta em

amarello alaranjado, o estreitamento do campo e hemeralopia, são caracteristicos.

Relativo á etiologia das retinites pigmentadas as causas determinantes são pouco conhecidas ou, melhor, evidenciadas ao primeiro exame e isso porque sendo ella uma affecção congenita relaciona-se á herança como á consanguinidade, rachitismo e mesmo outras molestias mais.

Dia a dia, porem, se avigora um principio perante os pathologistas; e é que tratando-se de uma infecção original, datando da vida intra-uterina, a syphilis deve ser sobejamente admittida como uma das causas possiveis da molestia.

De Lapersonne ainda observa que alterações sensivelmente identicas resultam de alguns traumatismos oculares.

No emtanto as alterações pigmentareas da retina devem sempre e sempre inspirar ao medico a suspeita especifica.

Ampararemos mais além essa allegação.

Alterações papillares. – Querem *Alexander e Huguenin* que a inflammação primitiva do nervo optico seja muito mais rara na syphilis hereditaria que na adquirida.

Ajuisamos com *Terrien* que as alterações papillares, as mais das vezes, são resultado de lesões precedentes.

E' verosimil que a mór parte de casos de atrophia optica assignalados resultem de uma

degenerescencia pigmentarea da retina e não attestem a precedencia de nevrite.

Pelo que nos mostraram os typos III e IV das alterações retino-choroidianas pouco a pouco a papilla se descolora é verdade; mas, não ha propriamente nevrite.

Muito excepcionalmente refere o contrario *Antonelli*; e, si assim se verificar, adverte muito bem Hortsmann, é que se trata de uma nevrite intersticial, retro-bulbaria, limitada ao segmento do nervo comprehendido entre a papilla e o ponto de penetração da arteria central da retina e a nevrite é devida á alteração dos vasos centraes.

O ophtalmoscopio revela a inflammação por seus caracteres habituaes: o disco optico descorado, em parte ou total, os vasos mais ou menos estreitados, filiformes no periodo regressivo, algumas vezes marginados por uma pequena estria esbranquiçada devida á esclerose da parede, os bordos papillares não são mais nitidos, o campo visual, emfim, apresenta uma limitação peri-pherica irregular.

Antonelli descreveo um annel negro, completo ou em sector, cercando a papilla e denominou-o *cadre-pigmentaire*, o qual differe do annel choroidiano em que não é raro de ser observado em estado normal, quer pela dispo-

sição parcial as mais das vezes, quer pela tinta negra bem carregado e mais até pela limitação muito nitida para dentro contra a pupilla e pelo aspecto irregular e talhado para fóra, de forma a confundir-se insensivelmente o bordo externo com a tinta propria da região peripapillar.

O notavel scientista julga caracterisço esse aspecto das manifestações heredo-especificas e explica a pigmentação peripapillar como resultante de uma hemorrhagia na bainha arachnoidīana do nervo optico. Devemos, entretanto, ter fé n'esse *annel novo*, ou será alliança que só lisonjea ao cerebro creador d'ella?

Assim o parece e não consente sympathias nem permitte culto o *Prof. Terrien* que a esse respeito diz tratar-se de pura hypothese inteiramente falha da prova anatomica.

Adverte mais que não devemos exagerar o seo valor clinico; porquanto, si se torna perceptivel nos heredo-especificos confirmados, não raro se accentua em pessoas sãs, de um lado ou mesmo de ambos, desvalendo, assim, para conclusão diagnostica da syphilis hereditaria esse estygma novato.

Alterações vasculares: — Sim; nos vasos tem o homem a vida rubra e quente.

Cazalis prophetisava — *on a l'âge de ses arteres.*

Em conserval-as está, quem sabe ? o segredo de viver. Uma decrepitude geral nos invade quando irrompe a decadencia dos vasos.

E que orgão é tão senhor de si, sob o nosso casquilho corporeo de metal tão inferior, que renegue as raizes que enseivam e lhe fecundam para a vida ?

No vasto chão da pathogenia ocular as alterações vasculares são serpes morbificas que quando se alteiam ennuvelam ruinas temerosas. Symbolisando sempre uma inflammação antiga intra-uterina, que pode francamente relacionar-se com a infecção syphilitica, ellas sobem de importancia e valor.

As arterias ora são estreitadas, reduzidas em volume; emquanto as veias são dilatadas, tortuosas e algumas vezes varicosas na visinhança da papilla.

Não é raro ver um segmento de vaso obliterado e transformado em cordão fibroso em consequencia da endo ou peri-vasculite. N'outros pontos estrias brancas devidas á esclerose da parede e tambem á peri-vasculite podem ser observadas.

Si, lá fóra, no todo organico dá-se a terrivel molestia a que *Peter* chamou *de rouille de la vie,* pela qual o homem expia, na phrase de *Gaston Lion,* as infracções diarias ás leis de hygiene, o abuso das bebidas e o desregro da

alimentação, a *surmenage* a que se imputa, sem medir os esforços pelo gráo de resistencia que sua fragil constituição supporta, tornando-se o arterio-escleroso o responsavel do gasto de suas arterias ou melhor, como sentenciou Seneca, « *l'homme ne meurt pas, il se tue* », cá dentro, nos refolhos intimos do olho, existe o mesmo capitulo da pathogenia senil como *une vieillesse precoce du fond de l'œil*, cujo aspecto clinico e ophtalmoscopico pertence a varias observações de *Antonelli*.

Assim elle refere se passarem as cousas.

Quando o epithelio retiniano não é bastante carregado de pigmento e que uma pigmentação relativamente abundante se depara nas cellulas do stroma choroidiano o fundo do olho mostra a rede vascular da choroide, mais ou menos nitidamente desenhada, com manchas negras mais ou menos vivas, indicando os espaços inter-vasculares.

Algumas vezes é um feixe inextrincavel de vasos destacando-se n'um fundo sombreado; e, este aspecto *tigré*, principalmente para a *ora serrata*, é considerado como inteiramente physiologico nas pessoas idosas.

Narra *Antonelli* que tem visto ao ultimo gráo esse aspecto pronunciado em individuos attingidos de começo de cactarata, algumas vezes até polar posterior, e que não hesita em

affirmar a existencia de uma choroidite ligeira ou chronica, como quizerem.

A idéa de super-pigmentação physiologica senil da choroide lhe era tão enraizada, que mostrou esse doente a um dos mestres mais autorisados da ophtalmologia parisiense por julgal-o irrefutavel, e que esse admittira como *provavel* a existencia de uma uveite totalmente peri-pherica, devida a alterações dystrophicas do cristallino e de corpos fluctuantes existentes no vitreo, recusando-se sobremaneira a reconhecer na alteração choroidiana visivel para a *ora serrata* e mesmo na metade anterior da zona equatorial do fundo do olho qualquer significação pathologica.

No emtanto pondera *Antonelli* que quando a zona equatorial, e mais ainda, a região peri-pherica do fundo do olho de uma creança ou de adolescente apresenta o aspecto *tigré* da *ora serrata* dos velhos, essa velhice precoce do fundo do olho tem uma significação pathologica de grande preço.

Demais d'isso, grande numero de estygmas da syphilis hereditaria faz do menino heredo-especifico um ser definhado, enguiçado, pècco, de forma a ser ao primeiro olhar do pratico taxado de *un vieillard en miniature.*

Contribuições mais numerosas dão tinta ao

quadro anatomo-pathologico das alterações vasculares.

A proposito de um caso de choroidite syphilitica hereditaria, *Hutchinson* assignalou um espessamento das paredes dos vasos e logo após *Edmunds* e *Brailey*, *Schobl* e *Nettelship* insistem sobre a presença de lesões arteriaes, quer na retinite syphilitica hereditaria, quer na adquirida.

E' que nestes casos trata-se de *peri-vasculite*, isto é, proliferação e neoformação cellular na adventicia dos vasos centraes; ou de *endo-vasculite*, isto é, espessamento da tunica interna e proliferação do endothelio, provocando principalmente o estreitamento da luz dos vasos, ás vezes até a obliteração completa de alguns ramos arteriaes.

Nenhum d'esses autores esquece, como o faz notar *M. Meyer*, a analogia d'essas alterações com as descriptas por *Heubner* como uma affecção syphilitica das arterias cerebraes e tambem confirmadas por *Friedlaender*, *Koester* e *Baumgarten*.

Nas affecções especificas da pelle *Balzer* constatou identicamente e *Deyl* mais tarde em outros orgãos emprehendeo tão largos estudos chegando até aos fetos syphiliticos mortos.

Com o mesmo rumo tem despontado ultimamente os trabalhos de *Alexander* e *Galezowsky*.

E peccariamos por muito, si não rematassemos a exposição compilada que vimos emprehendendo, sobre esse assumpto, desfraldando os conceitos que *Antonelli* apregoa e cujo merito é facilidade contestar.

Podem se resumir, como seguem, no ponto de vista dos estygmas por elle observados, as alterações vasculares:

1.º — Arterias mais ou menos delgadas observadas, em ultimo grão, nos casos graves de retinite pigmentarea.

2.º Muitas vezes interrupções dos vasos, principalmente das arterias, ao longo de um pequeno segmento, em correspondencia ao bordo da papilla ou a uma curta distancia d'este bordo, ou melhor, uma pequena porção do vaso retiniano é obliterada seguidamente ao espessamento das paredes, (endo-vasculite, proliferação endothelial), ou então é invadido por tecido neo-formado inflammatorio, organisado nas camadas retinianas (pero-vasculite).

3.º — Em razão d'esses processos de *endo* e *peri-vasculite*, e inda mais, por causa das organisações exsudativas, produz-se, ou por isto ou por aquillo, uma certa irregularidade de calibre dos vasos, algumas vezes mui manifesta,

examinando sobretudo as pequenas arterias á imagem directa. Alguns segmentos de vasos podem mesmo apresentar estreitamentos e dilatações alternas sob a forma de ampoulas allongadas.

4.° — As alterações das veias centraes são menos caracteristicas; embora apresentem bastante vezes um calibre relativamente excessivo, um percurso onduloso ou francamente tortuoso, e mais raramente algumas dilatações varicosas de segmentos peri-papillares, provavelmente stase venosa por diminuição da *vis a tergo* em relação com as lesões arteriaes.

5.° — As alterações do systhema capillar se manifestam sobretudo na papilla, cuja tinta pallida é devida em parte á atrophia dos elementos nervosos e á proliferação da nevroglia, principalmente, porém, pela anemia relativa que procede dos resultados d'esta papillite intersticial.

As mais das vezes ainda a atrophia da camada chorio capillar, sobretudo para a *ora serrata*, caracterisa as formas exclusivamente ou de prevalencia —*periphericas* da chorio-retinite heredo-especifica.

***

Vejamos, agora, o titulo das malformações congenitas oculares. Como syphilis hereditaria ha se considerado: colobomas, microphtalmia, buphtalmia, glaucoma infantil, cactaratas congenitas, nystagmos e até o strabysmo.

A lista é, pois, de muita largueza e se accentuam confiadas duvidas no exaggero da efficiencia especifica.

O mesmo *Terrien* pondera que sem duvida muitas d'essas affecções podem se enraizar na syphilis hereditaria; mas, esta, não deve ser incriminada causa determinante em todos os casos, surde como outras influencias dystrophicas e a presença d'essas malformações faz pensar e não affirmar sempre, por absoluto, a especificidade.

Percursemos as malformações.

Coloboma: — E' uma anomalia de desenvolvimento caracterisada por uma perda de substancia interessando uma parte qualquer do globo ocular e de seus annexos.

Ás vezes o coloboma abrange a iris, choroide e nervo-optico. *Terrien* cita 1 do tractus uval de um coelho em que existiam ao mesmo tempo alterações da retina e do crystallino, o que é mais geral.

Quando o coloboma é iriano só situa-se para baixo: a pupilla apresenta um aspecto uniforme e se extende até o bordo inferior da cornea, estreitando-se gradualmente.

Pode-se observar ainda a *iriderernia* e a *ectopia pupillar.*

Com esse aspecto singular do individuo sem iris e a pupilla fóra de logar, muitas observações foram encontradas até hoje e julgadas heredo-especificas de nascimento.

Microphtalmia : — Como etymologicamente se apercebe logo, o volume normal do olho é diminuido, dá-se uma atrophia manifesta, ficando ás vezes tão pequeno o orgão que a visão torna-se nulla.

Concumitantemente nesses casos ha uma cactarata e outras malformações tanto para o globo como para a orbita. Essas são ordinariamente kistos. Quer pela historia pregressa do doente e lesões somaticas posteriores conclue-se com fundamento a origem especifica.

Buphtalmia: — O diverso do que vimos acima.

Um olho ou mesmo ambos são enormemente augmentados de volume; bridas cicatriciaes podem reunir as palpebras ou o sacco conjunctival á cornea.

A esclerotica na creança, muito mais disten-

sivel que no adulto, offerece um aspecto de monstruosidade.

Forma-se o glaucoma infantil dos primeiros que observaram.

As cactaratas, por alteração do cristallino, tem o aspecto ponctuado, fusiforme e zonular, firmando o caracter de serem estacionarias e não pedirem intervenção.

Tambem a syphilis muito se compromette aqui.

Nystagmus : — São movimentos rhythmicos dos globos oculares independentes da vontade.

Na variedade mais frequente os movimentos fazem-se no sentido *horisontal*, o globo pondo-se successivamente em adducção e em abducção sob a influencia da contracção alternativa dos musculos recto interno e externo; na variedade mais rara os movimentos tem logar no sentido *vertical* e estão dependentes dos musculos elevadores e os abaixadores, sendo o nystagmus *oscillatorio*.

A's vezes, porém, é *obliquo*. Ainda pode-se observar o nystagmus *rotatorio*, a rotação effectuando-se em torno do eixo antero-posterior e pela contracção dos musculos obliquos.

Emfim, pode haver ao mesmo tempo duas oscillações, já para o diametro horisontal, já para o vertical; e então o olho passa por uma

verdadeira circumducção e o nystagmus é *mixto*.

Ao lado desse desiquilibrio muscular ha myopia, ás vezes, hypermetropia, astigmatismo grande, leucomas da cornéa, cactaratas congenitas e perturbações nos meios refringentes, lesões do fundo ocular — chorio-retinites, albinismo, etc.

Essas lesões e mais outras parecem não ser innocentes na apparição do nystagmus; mas, não as podemos ter como causaes, e isso porque não existem sempre, havendo nystagmaticos com bôa acuidade.

Terrieu serve-se da presença ou ausencia das lesões concumitantes para dividir em duas grandes classes as differentes variedades de nystagmus: de origem intra-ocular; de origem extra-ocular.

Os primeiros, os que são acompanhados de lesões, de malformações do globo.

Não que ellas sejam causa directa, como muitos admittem; mas, da mesma forma que os vicios de refracção no strabismo, podendo favorecer muito o apparecimento e como causas occasionaes apenas.

Chama-se nystagmus congenito esse acompanhado de lesões do globo; o outro, que irrompe tardiamente, é o adquirido.

Suspendemos demais delongas e o estudo

critico que conhecemos a tal respeito para ferir n'este comenos a attitude da syphilis, que ao intento da nossa dissertação responde melhor.

Etiogenicamente as lesões da natureza do nystagmus correm como manifestações diversas de uma mesma affecção nevropathica não determinada.

Sobretudo o nystagmico é reputado um organismo decadente.

Comtudo *Huguenin* fornece 125 observações de syphilis hereditaria inconteste com alterações do fundo do olho, e, em 13 individuos sendo franco o nystagmus, proporcionando 10,4 p. 100.

Ora, sendo o morbus especifico summamente dystrophico, não é para sobradas renuncias a sua causalidade no nystagmus.

O strabismo: — Este é considerado como uma perturbação da convergencia, de ordem central, no desenvolvimento do qual os vicios de refracção gosam um papel consideravel exaggerando ou diminuindo a tendencia natural dos olhos a convergir ou a divergir, conforme haja hypermetropia ou myopia.

Por isso *Terrien* pensa que a syphlis pode ser apenas incriminada como qualquer influencia dystrophica na pathogenia d'essas affecções; cabendo, sim, aos vicios de refracção maior quinhão de efficiencia na evolução strabica.

Vê-se o notavel mestre inda mais arraigado neste ajuisar, quando argumenta que, si assim não fosse, teriamos que fazer da myopia, como da hypermetropia e até da anisometropia, uma manifestação da syphilis hereditaria.

Queremos o perdão do preeminente scientista para o enseio do nosso descordar ao pouco partido que elle confere ao mal especifico.

Neste particular arvora-se com muito viço, ao nosso conceito, o parecer do Dr. *Albert Antonnelli*, oculista de Paris e professor *agregé* de ophtalmologia da Universidade de Napoles, nome amiudadas vezes por nós inscripto neste trabalho, e cujos estudos se autorisam no saber de seo excellente preceptor *M. le docteur Landolt*.

Recebemos d'elle a energia de nos afincarmos na ideia de que a frequencia do *strabismo* nos heredo-syphiticos é um facto conhecido pelos especialistas.

Não nos escapamos, porém, das apprehensões, que ao proprio *Antonnelli* causam uma these recente de *M. Barasch*, feita sob inspiração de *M. le professeur Fournier* na qual perdura essa proposição: — *dans l'état actuel de la question il est difficile de décider à quelle cause on doit l'attribuer.*

Presintamos as razões do professor napolitano.

Ora, diz elle, o mecanismo d'esse *strabismo heredo-syphilitico* parece completamente estabelecido pela frequencia dos estygmas rudimentares associados ou não á astigmia.

E' claro que, si a acuidade visual é imperfeita dos dois lados por causa dos estygmas do fundo do olho, ou melhor ainda, si esta ambliopia congenita de origem especifica interessa um olho mais que a outro, o apparelho peripherico da visão não é o mesmo para proporcionar o reflexo de convergencia que constitue essencialmente a visão binocular, segundo *Parinaud*, e o olho o mais imperfeito é quasi fatalmente destinado ao desvio.

Bem comprehendido, isso não prejudica a acção dystrophica da herança syphilitica sobre o apparelho motor e o apparelho cerebral da visão binocular.

Ha uma serie de factos que tornam pelo menos muito duvidosa a theoria da ambliopia por não funccionamento nos strabicos.

Elle contenta-se em citar apenas o trabalho recente de *M. Guillery*, que encontrou uma acuidade visual peripherica inteiramente normal em olhos attingidos de ambliopia central mui consideravel, da mesma forma que observou casos em que a visão peri-pherica era diminuida, emquanto a acuidade central era ainda relactivamente bôa.

A ambliopia monocular é, pois, insiste *Antonnelli*, quasi ou sempre todas as vezes — *a causa*, e não — *o effeito* do strabismo; e não hesita em affirmar que a etiologia mais frequente da ambliopia monocular seja a syphilis congenita.

Pelas differentes localisações das alterações especificas, no segmento retro-bulbar do nervo optico, na papilla ou nas membranas profundas do olho, constata-se quer a ambliopia central, quer a peri-pherica, muitas vezes com signaes ophtalmoscopicos nullos ou rudimentares.

São as mais das vezes bilateraes os estygmas ophtalmoscopicos da syphilis hereditaria ; mas, não é raro encontral-os n'um olho só, e a explicação desta localisação, quasi accidental, não julga *Antonelli* das mais difficeis, afiançando que desde que o oculista saiba conhecer bem os menores estygmas de syphilis congenita no fundo do olho não se infensará á frequencia do *strabismo concumitante syphilitico*, concordando que as alterações especificas sejam causaes na differença consideravel da acuidade entre os dois olhos e que essa disparidade, por seu turno, seja motivo preponderante das perturbações de visão binocular nos adolescentes.

Com edificação pessoal e da leitura que fez attenta de um novo e substancioso trabalho

de *Straub*, celebridade allemã, elle rebate os oculistas imprevidentes que numerosos casos de amblyopia congenita emmalhetam na excusa do patrocinante *sine materia*.

Não é tudo. Para melhor contexto dos sabios argumentos do oculista de Paris, que tanto ensalmo nos dão a mente, vamos traduzir, linhas abaixo, o brilhante e corroborado parecer traçado por suas mãos, em 1896, a proposito da excellente memoria apresentada por *M. Meyer* ao « *Congrés de la Soc. Franc. d'Ophtalmologie*, » sobre « *la vision binoculaire, sa perte, son rétablissement.* »

Entre as causas de perda da visão binocular, affirma elle, parece-me importante assignalar a *dissymetria do craneo e da face nos meninos*.

Esse vicio de conformação está em relação ao mesmo tempo com os dois grandes grupos de causas que compromettem a visão bi-nocular simples, isto é, as alterações da funcção visual e as perturbações da motilidade.

Effectivamente constatamos muitas vezes nos strabicos um achatamento mais ou menos consideravel da fronte e da face do mesmo lado do olho desviado; e esta falta de desenvolvimento de uma ametade da cabeça é quasi

sempre associada á deformação da concha ocular correspondente, guardando relações que a ophtalmometria clinica esclarece.

Antonelli servio-se do instrumento *Javal Schiotz*, quer para a ophtalmostatometria, quer para a keratometria, e reconheceu na mór parte dos casos que o olho pertencente á ametade da cabeça menos desenvolvida e que está em desnivelação mais baixo e mais encravado na orbita, em relação ao congenere, é tambem attingido de astigmia mais ou menos intensa, astigmia hypermetropica composta nas creanças e com acuidade visual defeituosa.

O interesse da visão simples binocular bem poderia conduzir o apparelho motor dos olhos a compensar o declive si a fusão das duas imagens retinianas, quasi da mesma claridade, fosse facil; porém, a acção simultanea da anysometropia e da *desnivelação* — termo generico — torna quasi inevitavel o strabismo nos meninos com dissymetria pronunciada.

Ora, conclue soberbamente *Antonelli*, dissymetria facial, anysometropia, astigmia e differença de acuidade visual dos dois olhos, em relação com estygmas ophtalmoscopicos, são bastante frequentes nos heredo-syphiliticos para nos dar a razão principal, talvez mesmo a unica, da frequencia strabica nos jovens.

*
* *

Como remate á segunda parte da nossa dissertação, discorramos sobre a ultima modalidade da syphilis hereditaria — *a tardia.*

Essa, no que deixa assentar a expressão, tem manifestação em edade mais adeantada que *a precoce.*

Entre 2 e 20 annos, senão 8 e 15, assevera *Fournier* ser o periodo medio.

Do estudo que já fizemos da herança especifica conclue-se que a precocidade se approxima da primeira semana da vida e oscilla do primeiro ao quarto mez.

Knies affirma que as lesões heredo-especificas do tractus uveal são, comtudo, manifestações extra-uterinas.

Antonelli apresenta ainda estigmas constatados em creanças de 23 mezes que soffriam de nevrite optica; referindo que, graças ao *Prof. Fournier*, vira no *Hôpital Saint Louis* alguns casos de manifesta heredo-especificidade na tenra edade de 4 a 8 mezes. Comquanto, todos o dizem, a eclosão tardia das manifestações neuro-retinicas é rara.

Um grande numero de factos ajuda a demonstrar, porem, que a syphilis hereditaria se manifesta muitas vezes na adolescencia e principalmente na puberdade, apezar das imper-

tinentes supposições de serem *recidivas* esses estados morbidos nos periodos tardios.

Assim, o notavel napolitano considera abrangidas n'esse caso as observações de *M. Vignes* por attestar este ser de absoluta frequencia a recidiva na keratite parenchymatosa.

Razão porque é sempre de difficil julgamento uma manifestação tardia ou uma recidiva.

Para salvaterio o clinico se estribará na phrase de *Laschewitz*, que resume segundo *Barasch* a opinião de grande numero de clinicos: — *Il y a des familles qui méritent à bon droit le nom de pathologiques; on y voit un individu atteint d'épilepsie, un autre d'atrophie musculaire progressive, un troisième est fou, un quatrième phtisique, et quand on remonte à l'origine du mal, la pathologie répond syphilis.*

Quer a irite, quer a irido-cyclite e a irido-choroidite, surgem tardiamente, bem como a keratomalacia, affecções do nervo optico e paralysias dos musculos oculares.

Cabe-nos destacar, porém, para não delongar muito em desproveito de tempo, a affecção mais commum da syphilis hereditaria tardia.

E é o que vamos fazer em obrigada synopse.

*
* *

Huguenin, construindo uma estatistica das affecções tardias da syphilis, chegou ao resultado seguinte: —

Keratite intersticial	74 vezes,	59,2 %
Dentes de Hutchinson	55 «	44 %
Perturbações do ouvido ...	20 «	16 %
Nystagmus	13 «	10,4 %
Strabismo.	18 «	14,4 %
Eczantema	12 «	6,4 %
Paralysia...	1 «	0,8 %

Esse confronto foi estabelecido em 125 casos observados pelo proprio.

Destaquemos, pois, a *Keratite intersticial.*

*
* *

Etiologicamente ella figura como a manifestação mais frequente da syphilis hereditaria.

Manifestação tardia segundo *Hutchinson* irrompe de 8 a 15 annos, ou de 10 a 12, conforme *Fournier.*

Rarissima na edade de 20 annos, embora, *Huguenin* registra o seo apparecimento aos 36 annos.

Quando *Hutchinson* salientou a importancia da syphilis hereditaria na etiologia da keratite intersticial, pondera *Terrien*, que elle fôra exaggerado quanto á especificidade.

Surgiram numerosas discussões que a consideravam como uma manifestação do rachitismo scrofulose, rheumatismo, etc., etc.

Porem, *Sæmisch* em 62,°/₀ de casos, *Alexander* por 36,°/₀ e *Michel* 55,°/₀, reconheceram a especificidade; opinando o egregio *Fournier* que nos outros casos a keratite não era senão a manifestação de uma perturbação da nutrição movida por diversas influencias morbidas — tuberculose, rheumatismo, impaludismo, gotta, influenza, affecções uterinas e, n'uma accepção mais larga, todas as infecções.

A influencia heredo-especifica não tem moldes differentes; é apenas mais frequente que as outras infecções.

D'ahi o *Dr. Terrien* insistir que apezar da concorrencia da heredo-syphilis não basta haver keratite intersticial, só, para affirmação diagnostica especifica.

Essa só tem cabimento quando em evidencia se recrutam certas alterações concomitantes dentareas, manifestações articulares e perturbações auditivas, que devem ser sempre bem pesquisadas e garantem acerto.

O traumatismo tambem foi invocado na genese das keratites intersticiaes.

Brönner observou 3 casos de keratite com choroidite peripherica attribuida á syphilis apparecida após um traumatismo.

Stolper ultimamente insiste quanto á relação existente entre a syphilis e os traumas.

A perspectiva symptomatologica da affecção é de uma infiltração leucocytarea da cornéa que clinicamente se traduz nos tres periodos.

a) *Periodo de infiltração*, iniciado sem dôr, insidiosamente, por uma opacidade diffusa, ordinariamente, na visinhança do centro da cornea e, mais raramente, sendo a turvação peripherica.

A' luz obliqua vê-se que a membrana corneana ha perdido a transparencia, restando um pontilhado pardo na espessura do stroma corneano.

Em seguida surgem outros grãos opacos que fazem da membrana como que um vidro no qual alguem soprasse.

Embora não haja ainda ulceração esse aspecto é devido a um gasto do epithelio.

Mais dias a nebulosidade se accentua, outros fócos se constituem e toda cornea fica opaca com alguns pontos mais infiltrados, a iris e a pupilla restando difficilmente perceptiveis mesmo á visão armada.

Por essa phase observa-se no contorno do limbo scléro-corneano uma injecção vascular que vae constituir a *injecção peri-keratica*.

Variando de gráo, conforme a intensidade da infiltração, a injecção nunca falta e deve ser

meticulosamente investigada, mormente no inicio da affecção.

Terrien frisa bem a importancia d'esse symptoma dizendo que a injecção, só, é capaz de avisar o invadimento do outro olho ainda não victimado, pois que o mal quasi sempre bi-lateral não invade senão mui raramente o orgão simultaneamente.

A visão sendo perturbada na razão directa da opacidade da membrana, logo que seja attenuada, inspira ao medico symptomaticamente e augmentando que seja o infiltrado a cegueira advem quasi absoluta, persistindo embora a sensibilidade luminosa e o doente tornando-se incapaz de distinguir qualquer objecto.

Escapam outros symptomas reaccionaes: a photophobia e o blepharospasmo são pouco observados e raras as dores oculares, orbitareas e peri-orbitareas, contrariamente ao que se nota na maior parte das demais keratites em que as lesões são entretanto menos extensas. *Terrien* julga que esse facto seja devido á grande diminuição de sensibilidade da cornéa.

b) Periodo de vascularisação — surge pouco mais ou menos tres semanas após o começo da infiltração, quando esta occupa a totalidade da cornea.

No inicio os vasos estão ao nivel do limbo; provêm dos vasos profundos da sclerotica e se

ramificam para as camadas profundas da cornea; immergem mais a mais para o centro e acabam por invadir a totalidade da membrana.

Quando a vascularisação chega ao auge a cornea se colora vermelho-cereja, ás vezes tão intenso, que póde julgar-se um derramem sanguineo inter-laminario.

Terrien encarece que o exame á luz obliqua evita erros, mostrando que, em vez da supposta hemorrhagia, ha apenas um entrelaçamento denso de capillares.

Consideramos sem preço a divisão da keratite em *vascular* e *avascular*, porquanto a lente sempre, nessa ultima especie, denuncia finos vasos.

E' de notar que a vascularisação embora vindo augmentar a opacidade da cornea e favorecer a perturbação visual constitue, em boa hora, o primeiro estado de reparação; é de bom aviso e não nos deve inquietar, muito ao contrario.

E assoma tanto em beneficio a vascularisação intensa, generalisada e precoce que, quanto mais intensa fôr, maior probabilidade ha da infiltração se dissipar, sem deixar traços, mesmo extensa que seja a toda a membrana.

c) Periodo de reabsorpção — effectua-se quando a vascularisação sendo completa, e

após uma duração variavel, a affecção está a terminar ou a absorver-se.

Não se antecipa a menos de seis semanas a duração.

Desapparecendo os vasos torna-se pouco a pouco transparente a cornea.

Essa transparencia não vem á forma da normalidade; a cornea não toma nunca a transparencia physiologica e isso porque a resolução é sempre incompleta, parcial, persistindo em alguns pontos manchas que naturalmente, conforme a séde, podem muito perturbar a visão; pelo que affiança *Terrien* que é inteiramente excepcional a illuminação perfeita e absoluta de uma cornea opacefeita pela affecção especifica.

Essas manchas, muito ligeiras nos casos felizes, apenas se apercebem á luz obliqua e se denominam *nephelions*.

Casos ha; porém, em que os infiltratos perduram e se transformando em tecido fibroso, occasionam *leucomas* espessos, que, sobre perturbarem a mais a visão, permittem o diagnostico retrospectivo de syphilis hereditaria.

A duração d'esse periodo, variavel pela intensidade do processo, vae a dois mezes e até mais, querendo os pathologistas que o minimo de perduração dos tres periodos seja, nunca

menos, de cinco a seis mezes e muito mais nas formas severas.

Convem mencionar que a affecção é quasi sempre bi-lateral; os dois olhos não são attingidos logo simultaneamente.

Ha semanas ou mezes de intervallo.

***

O prognostico da *keratite intersticial* é reputado serio.

Assim resolvem-no *Terrien* e os demais ophtalmologistas em virtude das opacidades corneanas consecutivas occasionarem uma diminuição, maior ou menor, da acuidade visual e varias complicações poderem sobrevir, resultando até a perda do olho attingido.

Não vai mal nenhum, linhas abaixo, trasladarmos, do auctor citado, para riqueza da humildosa dissertação, as complicações por elle referendadas.

a) Irido-choroidite; e, n'esta, elle utilisa-se das proprias palavras de *De Lapersonne:—celle ci s'observe fréquemment et serait même la règle d'après certains auteurs qui font de l'infiltration du parenchyme cornéen la consequence de l'alteration du tractus uveal.*

Este modo de encarar é bastante conforme á realidade dos factos; porquanto a syphilis

vae ter de preferencia ao tractus uveal e a choroide se deixaria melhor distingüir caso as perturbações corneanas não vendassem qualquer exame ophtalmoscopico. A choroidite peripherica, tambem, que não é rara de ser encontrada antes como após a keratite, avoluma o argumento em favor da doutrina.

Em todos os casos ha uma inflammação ligeira, caracterisada por uma infiltração leucocytarca, moderada, do tractus.

A's vezes, porem, inicialmente póde sobrevir uma verdadeira irite ou mesmo uma irido-cyclite, cuja symptomatologia é representada por dores, (que, aqui, sobre serem geralmente moderadas não se intensificam tanto á prêssão sobre o corpo ciliar), injecção peri-keratica e principalmente pela contracção da pupilla, a qual não consente dilatar-se sob a influencia dos mydriaticos frequentemente repetidos e empregados em solução concentrada.

Demais d'isso synechias posteriores não demoram a apparecer, ficando definitivas e vindo mais tarde perturbar a nutrição do globo ocular, por cuja irido-cyclite, quando muito intensa, o olho se entisica.

b) *Opacidades do crystallino*, que são consequencia manifesta de irites e synechias posteriores.

No caso em que a pupilla permanece con-

trahida e resiste á acção mydriatica exsudatos podem se formar no campo pupillar e depois quando a cornea torna-se em parte transparente, apercebe-se a este nivel uma organisação fibrinoide que resiste a qualquer tratamento, dando logar mais tarde a uma cactarata capsular anterior.

c) *Modificações do tonus e ectasias da sclerotica:* ordinariamente a tensão intra-ocular é diminuida no curso da *keratite parenchymatosa* e o olho parece mais molle que no estado normal; sem que, entretanto, isso leve á supposição de um começo de tisica do globo.

O inverso, porem, pode dar-se.

Em alguns casos, embora fructa rara, a tensão intra-occular é exaggerada e pode provocar dilatações na esclerotica, mormente havendo concumitantemente esclerite diffusa de em torno á cornéa.

O eggregio professor *Terrien* presenciou isso, n'uma mocinha de 18 annos, terminando-se a affecção pela apparição de staphilomas escleroticaes em volta da cornéa e pela cegueira.

Fuchs affirma que o augmento de tonicidade ocular pode surdir muitos annos após a desapparição da infiltração corneana.

Lagrange e *Aubaret* observaram, n'uma moçoila de 17 annos, uma torvação da cornea, irregular, só de longe comparavel a um processo

intersticial, acompanhada de pequenas gommas irianas e phenomenos glaucomatosos; affecção que puderam relacionar francamente á especificidade morbida.

d) *Keratite bôlhada*, na qual sobrevem em curso da keratite parenchymatosa um levantamento epithelial anterior da cornea, apparecendo então vesiculas.

De Graefe e Alexander foram os primeiros pregoeiros d'esta complicação, que não é observada senão raramente e pensam os pathologistas parecer retardar o processo regenerador de si mesmo já tão lento e moroso.

***

Aqui, sem mais largas, delimitamos o assumpto da segunda parte na concisão da lineatura á que nos impozemos.

TERCEIRA PARTE

Era planeado designio nosso, quando na primeira parte tratando de *syphilis adquirida* só nos referimos ao *cancro ocular,* completarmos agora o assumpto; pois que, mencionar apenas aquella lesão; seria deixarmos correr bastante falha a humildosa dissertação.

A prova academica que tão a custo elaboramos percorre o litoral de uma molestia assás complexa, uma especialidade até, um typo pathologico conceituado por *Fournier* — o prototypo da molestia infectuosa — a qual penetrando o organismo em toda substancia faz surgir de todos os lados explosões morbidas de modalidades as mais variadas.

Tál é o *mal de Saint Job* que *Andral* dissera muito bem : *c'est par la Syphilis qu'en vérité il conviendrait d'inaugurer l'étude de la medicine, car nulle maladie n'est mieux faite pour représenter à l'esprit de l'etudiant ce qu'est une impregnation morbide de l'économie par un principe virulent, ce qu'est ce qu'on appelle une affection générale.*

O ophtalmologista, pois, deve conhecer a evolução total desta diathese para conceituar bem das affecções oculares ao seu cuidado.

Sem contestações é actualmente admittida a classificação de *Ricord: periodo primario, periodo secundario e periodo terciario.*

O *cancro genital e o bubão satellite* são, durante algum tempo, as unicas manifestações *apparentes* da infecção; nada exterior ou objectivamente apreciavel accusando a presença do virus no organismo.

Tem-se, assim, o *periodo primario;* neste, não havendo manifestações especificas para o lado do apparelho visual.

Depois, o agente morbido invadindo o organismo se *generalisa*, já não ha apenas a lesão confinada— *o cancro*; prorompem *accidentes geraes* ou *constitucionaes*, em epocas mui variaveis, 45 dias após a eclosão cancroide e 70 dias depois da contaminação, abaixando, ás vezes, a 40, 38, 35 dias, elevando-se a 50, 55 dias, 2, 3, 4 mezes e mais.

Essa *segunda incubação*, em comparação com a *primeira incubação*, isto é, o tempo intermediario entre o contagio e a eclosão do cancro, assignala o prefacio do segundo periodo da syphilis, que pelas medicações intempestivas pode seguir outra ordem.

Esboçam-se manifestações cutaneas, das

mucosas, adenopathias, infiltrações hyperplasicas, viceropathias, lesões vasculares, e ophtalmopathias, que já pertencem ao elencho da perscrutação oculistica.

Fixam-se, porém, os traços do *periodo secundario*, já com a accentuação das manifestações acima, já com o melhor quadro traçado por *Fournier* sobre a designação original de *expolsão secundaria*, que passamos a descrever perfunctoriamente.

Nos membros, face, principalmente fiancos e partes lateraes do thorax, surgem symptomas eruptivos diversos.

Casualmente o doente descobre em seo corpo manchas roseas, outras vezes é portador d'ellas inconscientemente e é o medico que as apresenta ao enfermo atonito. D'ahi a necessaria pratica de uma inspecção completa em certos doentes suspeitos.

Esses phenomenos eruptivos coincidem, não é raro, com symptomas geraes — dores de cabeça, máo estar, desfallecimento, attenuados; outras vezes cephalalgia intensa, por accessos que se manifestam ao anoitecer; inapetencia e suas consequencias; dores localisadas nevralgiformes; reacção febril; phenomenos nervosos — impaciencias — (como dizem as mulheres), espasmos, palpitações, vertigens e insomnia.

O estado geral do individuo no curso d'esse periodo da molestia se combina em tres typos: o *anemico*, o *asthenico* ou *nervoso* e o *desnutritivo*.

O *periodo secundario*, evoluindo durante 2, 3, 5 annos, mais e até menos, é seguido de um periodo de *latencia* das manifestações, o qual é succedido pelo *periodo terciario*.

E' difficil marcar uma duração media para esse periodo latente, dizendo *E. Finger* « *cependant l'intervalle compris entre la troisième et la cinquième année aprés l'infection est consideré généralement comme le plus dangereux pour les accidents tertiaires*.

Si a evolução secundaria dura 2 annos, o periodo latente entre as manifestações secundarias e as terciarias chega a 1 ou 3 annos.

Ordinariamente se accorda em 6 mezes a duração minima, comquanto haja casos em que ella se reduz a O e os accidentes terciarios seguem immediatamente aos secundarios.

O que caracterisa, porém, o ultimo periodo ou o *terciario*, segundo *Fournier*, que não tem para elle uma definição especial, são lesões de modalidade hyperplasica,—*esclerose* e a *gomma*.

Essa phase da syphilis, no emtanto, é a mais nefasta no proprio parecer do grande syphiligraphista, porquanto abrange as manifestações visceraes : o cerebro, pulmão, figado,

coração, rins, apparelho arterial e o medullar.

Não insistimos neste terreno visto as lesões oculares serem rarissimas.

*
* *

Vejamos, agora, pelo que toca á ophtalmologia, como os especialistas têm olhado para as manifestações oculares especificas.

Organisado o padrão clinico geral das lesões da pelle, musculares, osseas, etc., seguindo os methodos de exame genetico, objectivo e subjectivo, não é tão difficil firmar um juiso seguro sobre o doente.

O *Dr. Terrien* considera a syphilis adquirida, como os demais pathologistas dos olhos, dividida nos 3 periodos classicos que já vimos na syphilis em geral: — *accidente primitivo, accidentes secundarios e accidentes terciarios.*

O *cancro ocular*, sua *adenopathia* correspondente, etc., comprehende, como já estudamos, unico, o *accidente inicial.*

Passando aos *accidentes secundarios* tamanha paridade encontra entre estes e os *accidentes terciarios*, que diz só conservar a divisão por commodidade descriptiva.

Embora, affirma que elles, se localisando sobre os varios pontos do globo ocular e de seus annexos, parecem ter séde de predilecção

no tractus uveal e que sempre se resumem na inflammação da *Iris*, accidente de transição que se prende ao *periodo secundario*, mas que póde coincidir com *accidentes terciarios*.

O mesmo diz da chorio-retinite; tudo mais não tendo senão uma importancia accessoria.

Quanto aos *accidentes terciarios* concebe que as determinações oculares sejam tão variaveis quanto os accidentes que as provocam — *gommas*, *osteite*, *periostite gommosa*, *exostose*, *alterações vasculares*, *nevrites*, *etc.*, *etc*.

A lesão, conformemente á regra geral. é mais limitada, ainda nestas, que no *periodo secundario*; sendo as perturbações visuaes, as mais das vezes, a manifestação de lesões affastadas, em particular, lesões da base.

O olho, em nome da anatomia e da embryologia, pode ser encarado como um prolongamento do cerebro.

Pode-se em rigor, pois, toda vez que elle é tocado pela syphilis falar de syphilis cerebral; porquanto os elementos nobres do orgão visual — papilla e retina — podem sempre ser interessados.

Em vista disso, aqui, excepção feita para as *gommas*, que podem se limitar aos envolucros do olho e a seus annexos, pode-se dizer, sem muito schema, que qualquer perturbação visual surgida no curso do *periodo terciario*, documenta

uma lesão distanciada, de séde ao nivel da base do craneo ou do cerebro, dos nucleos ou da casca e não vem a ser senão um epiphenomeno no curso de uma syphilis cerebral.

Por ser assás difficil seguir na descripção d'esses diversos accidentes uma ordem regular, por isso que uma mesma lesão (uma gomma da base) poderá determinar perturbações visuaes mui variaveis conforme a séde—nevralgias, paralysia de um dos nervos motores do olho, perturbações vasculares, nevrite optica etc., inversamente, a mesma perturbação visual poderá ser o resultado de lesões mui dissemelhantes, mas tendo fonte no mesmo ponto, por isso, *Terrien* subdivide em 3 classes as perturbações visuaes multiplas do *periodo terciario.*

A *primeira*, constituida pelas *gommas* do globo ocular e de seus annexos, lesões bem circumscriptas e facilmente perceptiveis; a *segunda* refere-se ás *perturbações motoras* que reconhecem causas mui diversas; a *terceira* abrange as *perturbações sensitivas* — nevralgias e paralysias do trigemeo — a keratite neuro-paralytica, sendo tambem agrupada nestas ultimas paralysias por ser consequencia directa do trigemeo.

Além d'esses grupos o oculista parisiense estuda na classe das affecções *para-syphiliticas*

as determinações oculares do *tabes* e da *paralysia geral.*

Ora, seria delongar muito o nosso trabalho, que, de breve prova academica, passaria a ostentar pretensões a tratado, nos referirmos a todas as manifestações abrangidas nos diversos accidentes da syphilis adquirida; pelo que nos decidimos retalheiro no assumpto, evidenciando as dimensões da jornada, só estudando as *Iritis* que, sobre avultarem na frequencia e importancia, melhores considerações praticas julgamo-nos autorisados a fazer.

***

A inflammação da membrana iriana é a *Irite.*

A sua frequencia é de 3 a 4 % dos individuos infectados.

Segundo *Wecker e Panas* a syphilis não constitue o unico factor etiologico; mas accordam os pathologistas que ella seja a causa mais frequente, 60 a 70 %.

Nos olhos é a manifestação especifica mais commum; sendo o homem mais attingido que a mulher.

Terrien, relativamente ás outras affecções syphiliticas do apparelho ocular, estabelece para

esta uma proporção de 50 a 60 %; *Badal* e outros autores 30 %.

Quer na clinica do Dr. Gustavo dos Santos, quer no Hospital de Santa Isabel observamos uma desproporção extraordinaria e sempre victoriosa dos casos de *Irite* especifica, em parallelo com outras manifestações oculares.

Badal insiste que si bem ella appareça em epoca variavel deve ser seriada entre os *accidentes secundarios;* dizendo que, em geral, a manifestação se faz do 5.° ao 10.° mez após o cancro; no 6.° mais vezes.

Em 2 observações nossas, em academicos, o accidente inicial tinha 4 mezes de precedencia.

E' assás variavel, porem, a eclosão das *iritis.*

Podem sobrevir muito cedo, algumas vezes 6 semanas depois do accidente inicial, indicando uma syphilis particularmente maligna, como irromper após muitos annos. Nestes casos a relação entre a infecção inicial e a molestia ocular é muito menos precisa.

Póde até tratar-se de outra infecção; a noção de um cancro infectante, adquirido annos antes, não satisfazendo para o diagnostico.

Sabe-se mesmo que qualquer irritação ou traumatismo ocular pode derivar ou predispor á *Irite*; uma ferida antiga do olho e até, segundo

Schön, os esforços de acommodação resultantes da hypermetropia ou do astigmatismo.

No começo a affecção é uni-lateral; é raro que os dois olhos se accommettam ao mesmo tempo e, sim, após espaço variavel, o olho congenere é attingido.

Symptomatologia: — Eguala-se á de toda *Irite*, qualquer que seja a causa, diz *Terrien*; alguns caracteres particulares pelos quaes se tem querido differençar a *Irite syphilitica* das outras variedades não bastam, por si sós, para affirmarem a origem especifica.

A's pgs. 38 e 39 nos referimos á subjectividade dos symptomas; agora, resta-nos a objectividade.

Descreveremos como *Terrien*:

a) *Circulo peri-corneano* — O olho apresenta uma vermelhidão moderada e em volta ao limbo sclero-corneano uma *injecção peri-keratica*, que nunca falta e constitue com as dores um excellente signal.

Isso deverá, pois, sempre prender a attenção; porquanto a injecção testemunha uma inflammação da cornea (facil de eliminar pela simples inspecção do olho examinado), ou das membranas profundas (o que é o caso).

Essa injecção não é outra coisa que uma reacção ciliar traduzindo-se por uma congestão de toda a região que cerca o limbo sclero-corne-

ano, o qual toma um aspecto vermelho azulado; injecção devida á repleção dos vasos ciliares anteriores e que diminue de intensidade affastando-se do limbo e não se extende a mais de 1 cent. $\frac{1}{2}$ para fóra delle.

Ella é pois facil de distinguir da injecção conjunctival, que pode existir concumitantemente, e a qual se reconhece por seu colorido vermelho vivo, os vasos da conjunctiva sendo superficiaes, não limitados, a injecção occupando toda a extensão da conjunctiva e, quando possivel ao medico, podendo mobilisar os vasos imprimindo pequenos movimentos de lateralidade á mucosa.

Ainda mais pode-se, attritando a palpebra sobre a conjunctiva e deslisando esta sobre o tecido subjacente, assegurar se a injecção é mais profunda, quando se trata de injecção perikeratica.

b) *A membrana iriana é mais espessa* por serem os vasos dilatados e turgidos de sangue.

A superficie da Iris perde o brilho e, si a inflammação é intensa em razão dos exsudatos caidos na camara anterior e perturbação do humor aquoso, a superficie anterior da *Iris* toma uma tinta parda que contrasta com o brilho da membrana do olho congenere. Pela

mesma razão a pupilla é menos negra e toma uma tinta pardo-escura.»

c) *A pupilla é pequena* por causa da vaso-dilatação dos vasos irianos. Pouco ou nada reage á luz e uma gotta da solução de atropina, ao centesimo, instillada no *cul-de-sac* conjunctival determinará uma dilatação muito menor e mais demorada que sobre o olho normal, em que a mydriase apparece no fim de 10 minutos, pouco mais ou menos.

Poder-se-á mesmo observar uma dilatação irregular do diafragma iriano, o que já evidencia a formação de adherencias entre o bordo pupilár e a face anterior do crystallino, adherencias nominadas *synechias*.

Variedades clinicas;—

a) *Forma sub-aguda*, em quanto de ordinario a *Irite syphilitica* é quasi sempre indolente e não apresenta symptomas de inflammação franca, caracteres que fazem pensar na syphilis, pode-se observar o contrario. A affecção, após um inicio tranquillo, pode seguir-se de uma phase inflammatoria violenta, com dores muito vivas, constituindo então uma forma hybrida em que o fundo *rheumatismal* tem grande predominancia.

b) *Forma serosa*, tem como typo habitual a *Irite plastica* caracterisada pela apparição rapida de synechias posteriores. Aqui, a injecção

peri-keratica é menos pronunciada; mas, mui rapidamente, apparecem opacidades ligeiras nas partes anteriores do corpo vitreo.

Ao mesmo tempo na superficie posterior da cornea apresentam-se pequenos pontos esbranquiçados, principalmente numerosos na parte inferior da membrana, bem visiveis somente á luz obliqua. Dava-se outr'ora a designação de *keratite pontuada* a esses depositos, que formam na face profunda da cornea uma especie de pontilhado branco-amarellado, e que provêm da turvação do humor aquoso e são consequencia directa da *Irite*.

Pecca, portanto, por impropriedade, a designação de *keratite*. Nesta forma são raras as synechias posteriores. Emfim, a tensão intraocular é geralmente superior á normalidade, quando é antes diminuida na fórma habitual.

Algumas vezes apparecem na camara anterior exsudatos *gelatiniformes*. Estes, tendo séde ao nivel da pupilla, preenchem mais da metade da camara anterior e podem, á primeira vista, fazer crêr num crystallino ligeiramente turvo e luxado para deante da *Iris*.

Terrien refere um caso. Na forma *plastica* esses exsudatos tambem podem ser encontrados e desapparecem sem deixar vestigios. São muito mais raros outros depositos — de sangue

ou de pús — na camara anterior no curso de um ataque de *Irite*.

Especialmente são referidos na cyclite e irido-cyclite e mais ainda nas gommas do corpo ciliar, quando essas amollecem.

c) *Forma complicada de keratite:* nessa, vê-se surgir no curso do ataque, de forma geralmente bastante aguda, uma turvação ligeira em um ponto da cornea.

Depois, torna-se uma verdadeira mancha opalina, diffusa, de extensão variavel, que persiste muito tempo e determinará mais tarde a esse nivel uma plena opacidade corneana.

d) *Forma papulosa*: é caracterisada pela apparição na superficie anterior da Iris, ao nivel do circulo pupillar, de pequenas saliencias, granulosas, hemisphericas, não passando o volume de uma cabeça de alfinete. A coloração varia do amarello-laranjado ao pardo-vermelho e são unicas muitas vezes. Comtudo tem-se as visto varias e algumas vezes mesmo volumosas. Demais, esses pequenos tuberculos tem sido considerados como verdadeiras *gommas*, pois não suppuram nunca, bem que o contrario se haja affirmado. Elles coincidem muitas vezes com *syphilides cutaneas* e não são outra coisa que verdadeiras neoplasias especificas nominadas *condylomas*.

De superficie irregulare recoberta de peque-

nos vasos dilatados, a séde habitual delles é a parte supero-interna da membrana iriana, *na visinhança do bordo pupillar.*

Em todo caso, apezar de se ter querido fazer de sua presença um signal caracteristico de *Irite syphilitica*, elles estão longe de ser constantes e podendo ser observados noutras affecções visuaes não especificas, esses condylomas não constituem um signal pathognomonico de *lues.*

Segundo *Mooren* se encontrariam em 25 °/₀ dos casos de *Irite especifica*, e, para *Alexander*, em 27 °/₀.

Affirma *Rochon-Duvigneaud* que não é raro elles desapparecerem espontaneamente.

e) Forma gommosa: — quer *Terrien* que a verdadeira *gomma* da *Iris* seja bastante rara.

Alexander apenas noticia 5 observações.

Quasi sempre, unica, tem séde de preferencia ao nivel do corpo ciliar e da raiz da Iris, contrariamente aos *condylomas* e ás *papulas*, que geralmente occupam o bordo pupillar.

Tanto advem no *periodo secundario* como no *terciario.* O parenchyma da Iris se entumece, toma uma tinta amarella e a superficie da membrana cobre-se de finos vasos. Variando em volume, chegando á dimensão de uma ervilha, as *gommas* desapparecem commumente por

reabsorpção, deixando no logar uma atrophia do tecido iriano e synechias posteriores.

Raramente ellas soffrem transformação purulenta; então, podem abrir-se na camara anterior, dando logar a um *hypopio*.

Arlt, *Desmarres*, *Mackensie*, *von Hippel* dizem que se observam ao mesmo tempo *gommas* noutras regiões.

As *gommas* se differençam das infiltrações irianas de natureza tuberculosa pela coloração amarella ou vermelho-pardo; emquanto os tuberculos são ordinariamente esbranquiçados.

Ainda mais, esses, são geralmente multiplos e a *gomma* é quasi sempre unica.

Os commemorativos e a pesquiza de outras manifestações tuberculosas fixam o diagnostico differencial.

(*f*) *Forma parcial:* emfim, excepcionalmente, a inflammação póde não se extender á toda a membrana iriana; sim, localisar-se n'uma parte d'esta, dando logar á *Irite parcial*.

Differe da *forma gommosa*, pois que trata-se de mera infiltração, que após um tempo variavel desapparece sem deixar traços.

A *gomma*, ao inverso, embora se reabsorva, deixa uma atrophia do tecido ao nivel do ponto interessado.

Diagnostico: — Os caracteres acima enumerados dão facilmente o padrão da affecção

juntamente com os symptomas subjectivos, isto é, a presença de dores peri-orbitarias, nevralgias e demais dados da historia pregressa dos doentes.

A injecção péri-keratica ahi está para testemunho de não tratar-se de uma simples conjunctivite.

O exame da membrana iriana deve ser feito com uma lente, á luz obliqua, o individuo será levado á camara escura e uma vez sentado, uma lampada collocada ao seo lado, o observador com uma lentilha convexa, de 15 dioptrias pouco mais ou menos, projecta um feixe luminoso sobre o segmento anterior do olho doente e explora minunciosamente as differentes partes da membrana, servindo o exame do olho congenere, normal, de excellente confronto.

Demais d'isso convem examinar a tonicidade ocular. Recommendando que o enfermo olhe bem para baixo, o especialista, com os dois index apoiados levemente sobre o globo, por cima da palpebra, faz pequenos movimentos alternativos de pressão digital, como quando se quer procurar a fluctuação de um abcesso.

Essa pesquiza, que será feita com a maior doçura, tanto informará sobre a tonicidade do olho, geralmente diminuida na *Irite*, como sobre o estado do corpo ciliar. Sendo, n'sse ponto, a pressão dolorosa é prova da participação do

corpo ciliar na inflammação; a *Irite* é complicada de *cyclite* e se sombreia o prognostico.

E' mister ainda não confundir a Irite com o *ataque glaucomatoso*. O exame attento da iris e da pupilla é o melhor elemento diagnostico.

Na *Irite* a membrana iriana, espessa e entumecida de sangue, dá á vista do observador a sensação clara de estar augmentada de volume; a pupilla é geralmente contraida, *pequena*, ha quasi *myosis*, ás vezes mesmo um pouco irregular; a tensão é inferior á normal.

No *glaucoma*, ao inverso, a iris, mais ou menos, *atrophiada*, sobre ser delgada, é recalcada para deante; a camara anterior é pouco profunda, ou mesmo tem desapparecido, e, coisa capital, a pupilla é geralmente um pouco dilatada, *grande*, ha quasi *mydriasis*; o pequeno circulo negro que limita para dentro o bordo pupillar, formado pela camada pigmentada da uvea que, em estado normal, é apenas divulgavel, torna-se mais apparente, emfim o *tonus* é augmentado.

Comtudo, ha casos *hybridos* em que a *Irite* se complica de *hypertonia* (irite glaucomatosa) e o diagnostico torna-se dubio, e o perigo está no emprego da atropina, medicação providencial na *Irite*, mas, que, no glaucoma, pode acarretar a perda do olho.

Quanto ao diagnostico etiologico da *Irite*

syphilitica só a noção dos antecedentes ou a apparição d'outras manifestações diathesicas contemporaneas evidenciarão a verdadeira causa.

Prognostico: Por não serem raras as recahidas e as recidivas frequentes, principalmente quando existem synechias posteriores que podem determinar uma oclusão completa da pupilla e mais tarde originar um *glaucoma*, tem-se combinado na seriedade da affecção; não se facilitando a respeito.

Fournier chega mesmo a ver nella o preludio de outras affecções oculares.

Embora, com um tratamento bem disciplinado e excluindo as formas malignas, pode-se sentenciar a benignidade prognostica.

A nôssa observação senhoreia irmão conceito. Devemos, porém, accrescentar que, em parte, depende do doente o successo da enfermidade; pois, si, de logo, elle vae ter ao especialista e não oppõe muralhas á perquisição do mal, a cura se faz na razão directa dos anceios do cliente e da gloria profissional.

Tratamento:— E' *local* ou *geral*. No tratamento *local* temos ainda a considerar dois casos:

a) O olho tem a tensão normal ou mesmo é ligeiramente hypotono.

Este caso é o mais diario.

A medicação basica vem a ser a *atropina*

que preenche um fim triplo: supprime as alternativas continuas de contracção e de dilatação pupillar pela influencia das variações da luz e traz a *Iris* em repouso, condição essencial em qualquer inflammação; em segundo logar tem por consequencia o estreitamento dos vasos irianos e por esse facto egual diminuição do affluxo sanguineo; emfim, a substancia therapeutica supprimindo o contacto da membrana iriana com a crystalloide anterior impede a formação de adherencias entre as duas superficies ou rompe synechias formadas, não mui resistentes.

O medicamento será instillado em solução fraca uma ou duas vezes por dia, conforme a intensidade da affecção, pois que estabelecidas francas adherencias, para chegar a romper synechias rebeldes, só multiplicando as instillações.

Devemos, porem, estar attentos ás intoxicações que dependem da susceptibilidade dos doentes e se revelam por uma seccura da bocca e da garganta, suppressão salivar, sêde ardente, nauseas, vermelhidão brusca do rosto, os olhos tornam-se proeminentes e brilhantes, a conjunctiva enrubece, a pupilla dilata-se grandemente e fica insensivel á luz, a visão perturba-se, os objectos se coloram extranhamente, dá-se a diplopia, a cabeça é dolorosa, etc.

Mais alem pode ir o scenario da intoxicação belladonada — excitação violenta, delirio, vertigens, hallucinações, tremores, espasmos, depressão consecutiva, coma, morte.

Na oculistica, no entanto, quasi nunca se esgotta esta escala.

D'ahi o grande cuidado na dosagem atropinica.

Empregamos na clinica do Dr. Gustavo dos Santos a formula:

Sulfato neutro de atropina..	1 decigr.
Agua distillada fervida.	15 grs.

Terrien prescreve:

Sulfato neutro de atropina.......	0,10
Agua distillada fervida	10,0

Com aquella apenas ligeiras perturbações e raras temos observado.

Ha quem associe, no sentido de acalmar as dores fortes da *Irite*, principalmente quando complicada de *Keratite*, cocaina á solução atropinica.

O anesthesico, porem, fica muito aquem das compressas quentes, unico meio com que temos conseguido minorar taes dores, verificando um effeito meramente passageiro e enganoso porquanto recrudecem com a cocaina e mais intensamente as mesmas dores para o doente.

O oculista francez aconselha ainda que se ajunte 2 ou 3 sangue-sugas á tempora do doente, dizendo que a medicação anti-philogistica em casos taes dá excellentes resultados: o rubor do olho diminue, cessam as dores e o doente consilia o somno, a sangria local, descongestionando a *Iris*, faz a acção do mydriatico mais efficaz e favorece a dilatação pupillar.

Tem bom exito tambem o uso dos vidros escuros, fricções na fronte de unguento mercurial belladonado, purgativos brandos, banhos de pé sinapisados e, nos casos verdadeiramente severos, uma injecção de morphina na fronte.

b) O olho é hypertono—aqui, o mydriatico sobre ser impotente torna-se inutil e perigoso, não domina a hypertonia e, caso singular, o effeito seria antes elevar a tensão.

N'essa conjunctura são elogiadas ainda as emissões sanguineas pelas bichas ou pela ventosa de *Heurteloup*, as compressas quentes, os calmantes internos e em vez de mydriaticos empregam-se os myoticos, principalmente a *eserina*.

A formula de eserina geralmente empregada é:

Salicylato de eserina........	5 cents.
Agua distillada...............	10 grs.

Uma *paracentése* da cornea, delicada e proveitosa operação a qual diminuindo o *tonus*

permitte o mydriatico agir melhor, ainda tem segura indicação ao lado da *iridectomia*, tambem recommendada para combater a inflammação. Essa, porem, só excepcionalmente será evidenciada no curso de um ataque de *Irite* encontrando, sim, mais tarde, franca indicação quando havendo occlusão pupillar preenche um fim inteiramente optico ou, então, como operação anti-glaucomatosa, por seclusão da pupilla.

O tratamento *geral* da *Irite* vem a ser firmado na medicação especifica da Syphilis.

Deve haver sempre um certo cuidado n'esse sentido, attendendo-se que a *Irite especifica*, benigna na apparencia, é sempre uma affecção que póde ter consequencias as mais funestas.

Ora, dissertar sobre o curativo especifico completo, fôra ferirmos uma questão, além de muito seria, evidentemente augmentadora do nosso já avançado trabalho. Silencial-a nos traria o pezar de não exibirmos um documento pratico valioso colhido da observação que temos do tratamento das *Irites Syphiliticas*.

Fixaremos o accordo de não nos delongarmos em particularidades atirando sempre ao alvo.

O tratamento *geral* reside no emprego de substancias que introduzidas no organismo já não se limitam a combater manifestações temporarias da syphilis e antes visam a eliminação

do *virus* ou tornal-o inofensivo. D'ahi o grande papel do Iodo e do Mercurio.

Sigmund, quanto ao modo e genero da acção dos dois medicamentos, indicou da maneira a mais precisa que o *mercurio* é um remedio directo e o *iodo* é um medicamento indirecto da syphilis. A melhor prova d'isso está na experiencia de *Bæck*, segundo a qual basta misturar uma gotta de pús syphilitico com uma gotta de sublimado a 1.1000 para que a inoculação da mistura seja sempre negativa. Isso não se repete com o *iodo*.

As preparações iodadas, pois, aproveitam aos doentes por activarem as mutações organicas, a nutrição, augmento de forças este que favorece o poder inherente a qualquer organismo de eliminar espontaneamente o *virus*, determinando a cura dos accidentes syphiliticos. Comtudo ellas não tem em seus effeitos, comparativamente ao *mercurio*, o mesmo valor.

Na syphilis ocular a medicação iodurada é pouco preconisada, mormente na *Irite*, prevalecendo o principio de *Fournier*:— *ce médicament n'est pas indispensable au traitement de la syphilis*.

Si colhemos bons resultados nas syphilides palpebraes, osteo-periostites, gommas, etc., nenhuma influencia apresenta na affecção das membranas profundas e modifica pouco a evo-

lução de uma chorio-retinite ou nada a de uma nevrite optica, onde parece antes agravar. *Alexander* e *Terrien* insistem sobre este ponto; nós tambem, assim, havemos verificado.

Com essa reputação não temos que ver com a sua pharmacologia.

A *medicação mercurial* trazendo outras credenciaes, muito especialmente na syphilis secundaria, occupa melhor plano na nossa apreciação.

E existem actualmente 3 methodos principaes da introducção do mercurio no organismo: a ingestão, a fricção e a injecção.

A *injecção* tem sido considerada por muitos clinicos e therapeutistas como o processo por excellencia; convindo mesmo, segundo juiso de *Terrien*, a todos os accidentes. Ella deixa livre a via gastrica e não determina, dizem, (nós temos, porem, observado muitas vezes a mesma reacção medicamentosa com esse processo) áquella intolerancia da parte do doente, não occasionando stomatites nem salivação mercurial.

A absorpção é attribuida muito mais rapida e completa, podendo-se dosar melhor a quantidade mercurial a administrar, observando-se uma acção favoravel sobre as funcções de nutrição, os globulos vermelhos e a hemoglobina au-

gmentando, melhorando, emfim, o estado geral do enfermo.

Qualquer accusação que se possa fazer será de ligeiros incidentes occasionados no acto operatorio; mas, guardados e cumpridos os preceitos e cuidados asepticos e anti-scepticos, tudo vae bem.

A operação commum é a da *injecção intra-muscular*; comprehendendo ainda o methodo as injecções hypodermicas e intra-venosas.

O joven e distincto clinico nesta capital, especialista em molestias oculares, o Exm. Sr. Dr. Mario de Cerqueira, ex-auxiliar do *Hospital Rotschild* e do Hospicio Nacional de *Quinze-Vingts*, em Paris, nos instruio de que o *Professor De Lapersonne* só emprega em sua clinica, em qualquer caso especifico, com resultados admiraveis, as injecções intra-venosas de cyanureto de mercurio.

Entre nós não chegou ainda a tanto a temeridade medica e a docilidade dos doentes. Valorisa tambem o processo das injecções a melhor solubilidade dos saes.

Comtudo não preferimos esse methodo cujos successos não se parecem accentuar particularmente na *Irite syphilitica*.

Nos largos 20 annos de clinica o Exm. Sr. Dr. Gustavo dos Santos, cuja experiencia auctorisa uma sentença, e na nossa observação con-

stante durante este anno corrente, numerosos casos vimos e tivemos da affecção seguindo uma marcha desanimadora com a applicação d'esse methodo; emquanto com o estabelecimento methodico das *fricções* rapida advinha a cura.

Não vacilamos, toda vez que seja possivel, pois, na preferencia do *methodo dermico*, embora, á risóta do modernismo, tenhamos que retroceder, encouraçados no basto resguardo de que a factos não subsistem argumentos.

Demais ophtalmologistas e compendios manuseados deixam de lado a importante questão da preferencia do methodo no tratamento especifico; por isso achamos espaço para as considerações abaixo estribadas n'um valiosissimo documento—a observação clinica.

Por que repudiam as *fricções*?

Dizem: a *fricção*, mais activa embora, tem acção muitas vezes desegual e constitue um tratamento incommodo e inasseiado, sendo frequentes vezes causa de stomatites. *Terrien* acha-o apenas preferivel á *ingestão* e que deve ser instituido nos casos benignos ou quando o methodo das injecções é impraticavel.

Ora, é grande deslealdade se incriminarem as fricções pelas stomatites quando com as in-

jecções o mesmo temos observado e *Finger* faz insistente allusão.

Quanto ao desasseio conceituamos de mera puerilidade este preconceito therapeutico, que, só por condições sociaes, quando o doente tem interesse de dissimular o tratamento, pode ser incommodo, uma vez que é tão proveitoso ao restabelecimento do enfermo.

A cura pelas fricções consiste, bem o descreve *E. Finger*, na introducção do mercurio no organismo por meio das fricções com pomadas mercuriaes.

A pomada empregada na Allemanha compõe-se de uma parte de mercurio que se tritura intimamente com duas partes de banha até que se não possa descobrir mais á lente globulos de mercurio; a pomada franceza é confeccionada com duas partes eguaes de mercurio e banha.

Esta ultima compõe o unguento ou pomada mercurial dupla, que é a de que nos utilisamos.

A quantidade, pois, empregada nas fricções é consideravel; em 3 grammas de pomada ha 1 gr. de mercurio metallico; e, embora seja apenas uma parte absorvida, a proporção é sempre maior que em qualquer dos outros methodos.

Essa introducção de quantidades relativamente muito consideraveis de mercurio encon-

tra soberba indicação nos casos em que é precisa uma acção rapida do medicamento; portanto nos orgãos importantes e delicados como — o olho, cerebro, larynge, nas affecções rebeldes, dolorosas, dos ossos, nas ulcerações de tendencia desnutritiva rapida que ameaçam ruinas e desfigurações consideraveis, nas formas seccas e escamosas e suas recidivas.

O nosso enthusiasmo sincero, porem, não esconde que o methodo é contra-indicado em certos individuos pela susceptibilidade particular da pelle, nas pessoas debeis, em que uma fricção motiva eczema agudo; um paniculo adiposo muito desenvolvido vem a ser um grande obstaculo á absorpção medicamentosa; egualmente lesões pustulosas e ulcerosas occupando grandes superficies e não deixando livre senão uma porção insufficiente de pelle sã tornam impossivel a cura pelas fricções.

Attenda-se, porém, que falamos quanto á ophtalmologia e n'esta a syphilisação intensa quasi nunca é companheira da *Irite*.

A *dóse media* para uma fricção no adulto é de 3 a 5 grs. da pomada; para os meninos reduz-se á metade ou terça parte; em presença de symptomas alarmantes de 6 a 10 grs.

Praticamente, o Dr. Gustavo receita 60 grs. da pomada e medindo com a vista as dimensões digitaes do doente escolhe aquelle dèdo que

servirá de medida á applicação do remedio, aconselhando ao doente tirar com a phalange um volume proporcional do unguento a friccionar.

A exemplo de *Sigmund* as fricções são sempre feitas em regiões symetricas do corpo e seguindo um certo *cyclo*.

No primeiro dia as partes carnudas da perna; no segundo as faces interna e externa das côxas, evitando a região inguinal, onde um eczema se desenvolve mui facilmente; no terceiro dia as partes lateraes do thorax e do abdomem, evitando os mamillos; no quarto as superficies de flexão dos braços; no quinto o dorso. Está constituido um *cyclo*. No sexto dia faz-se o doente tomar um banho e no setimo se recomeça.

O doente assim instruido pode conduzir o tratamento. Um enfermeiro habilitado o faria melhor.

No tratamento seguido pelo Dr. Gustavo dos Santos, elle accrescenta noturnamente suadores de *jaborandy*, 50 grs. divididas em 7 porções tomadas 1 cada noite como chá ao deitar-se. Nesse caso aconselha as fricções matutinas.

Não devemos esquecer a dupla interpretação que os physiotherapeutas dão á absorpção mercurial pela pelle; mas, seja directamente pela porosidade da pelle ou pela facil evaporação sendo pela arvore respiratoria que o mercurio vá ter ao organismo, clinicamente, é facto

indiscutivel a absorpção mercurial mesmo que prevaleça ainda para muitos espiritos a duvida sobre a experiencia cabal de *Fürbringer*.

Mas, como justificar o emprego do *jaborandy*? Ao certo pelo que instruem as therapeuticas consultadas nenhum esclarecimento obtivemos a esse respeito. Cumpre, porem, para valorisar a associação do sudorifero em litigio, nos volvermos ao antigo uso quer do *sassáfráz*, a *salsaparrilha* e a *squina* ou *china* no tratamento da syphilis na America; d'onde, por um máo vêr dos monumentos historiographos, a insustentavel comprehensão originaria do *mal Napolitano*.

Facto irrefutavel é que intoxicado o organismo pela syphilis os processos eliminadores são de grande provento á cura.

E' bem verdade ainda que esse processo sendo empregado concomitante ás fricções póde ter a falha de embargar pela transpiração a marcha mercurial pelos póros.

As fricções serão, já o dissemos, matutinas.

Quanto ás precauções hygienicas e dieteticas aconselharemos vestes leves, ventilação dos aposentos, alimentação pouco excitante, bastante, nutriente, pode ser franqueiado o uso modesto de bebidas alcoolicas, trabalho physico e intellectual moderado. Um breve máo estar geral, nevralgias toleraveis, nervosismo e

mesmo nas mulheres — a menstruação, não é motivo para se interromper o tratamento, salvo prostração maior, febre, em que é cabivel uma pausa.

Seguindo estas margens, protegendo o olho, repousando-o, empregando o que de necessario aconselha o *tratamento local*, podemos augurar o melhor exito á affecção e temos assim executado o plano do tratamento que preferimos, não por systhematica escolha, porem, por havermos até aqui observado os seus grandes triumphos.

Repudiamos tambem a *ingestão*, quasi sempre mal tolerada, ao mesmo tempo, as vezes, inefficaz, por ser a absorpção variavel segundo o estado das vias digestivas e morosa muito em seus effeitos.

Comtudo não estabelecemos selecções systhematicas e isso porque conferenciando com o eminente syphilographista, clinico e professor da nossa Faculdade, o Exm. Sr. Dr. Alexandre de Castro Cerqueira, cuja competencia ninguem duvida, este nos informou verdadeiras victorias em casos de *Irite* pelas injecções mercuriaes.

No Hospital de S. Isabel vimos muitos casos de cura só com o Xarope de Gilbert.

Na Enfermaria de Ophtalmologia da Faculdade, onde prelecciona com grande brilho o digno e respeitavel Mestre, o Exm. Sr. Dr.

Francisco dos Santos Pereira, vimos iriticos curados apenas com o tratamento loccal e *salicylato* ou *bi-iodureto*, internamente, em xarope ou em forma pilular.

No entanto, ao terminarmos estas considerações sobre o tratamento *geral* ou *especifico* da *Irite syphilitica*, estendemos mãos a um consciente accordo no sentido de não chegarmos nunca a impor ao enfermo o tratamento que nos parece mais apparatoso, que mais emociona, que mais o martyrisa, que pecuniariamente lhe é mesmo mais afflictivo, tal o das *injecções*, quando o methodo da nossa eleição garante uma estatistica invejavel e o thesouro da cura do doente.

OBSERVAÇÕES

1.ª

I. S., com 27 annos, solteira; morena, natural da Bahia, costureira.

A doente figura talvez o caso mais importante de nossa observação clinica, tanto pelas lesões oculares, como pela fonte hereditaria da especificidade e o complexo das manifestações quer para a pelle, quer para os outros orgãos.

Demais d'isso ella pretendia casar-se, logo após a cura dos olhos, não se tendo absolutamente por syphilitica.

Razão por que, não apenas para cathegorisar melhor o quadro morbido, senão para garantir criteriosamente a nossa attitude e dever profissional, recorremos ao distincto Interno da Clinica Syphiligraphica e Dermatologica por nossa Faculdade, o joven doutorando Augusto Lins e Silva, que, sobre ser cultor apaixonado d'esses estudos e portanto inilludivelmente portejár alta competencia, se nos afigura de um criterio sublimado n'estas questões sociaes da especificidade sobre as quaes versa seu bem acabado trabalho de doutoramento, onde consta o caso que passamos a descrever.

Esta senhora, moradeira á Rua da Montanha, relatou-nos o seguinte: sentia desde creança engorgitamentos ganglionares, dores osteócopas, muita fraquesa e febre de quando em quando. Accentuando-se os incommodos valeo-se por muitas vezes de assistencia medica e sempre com resultados pouco lisonjeiros.

Pelo exame geral o distincto collega conceituou cicatrizes de syphilides circinadas pela pelle, lesões auditivas e oculares.

Analysemos as ultimas lesões.

Symptomatologia subjectiva— dores globulares O. E., visão diminuida na acuidade.

Symptomas objectivos—O parenchyma iriano entumecido, amarellado e finos vasos cobrindo a superficie da membrana. Atrophia do tecido iriano em alguns pontos e francas synechias posteriores.

Na camara anterior havia hypopio.

Diagnostico — fixamos de uma *Irite syphilitica*, mas denunciando a variedade clinica da *forma gommosa*.

Emprehendido o tratamento acima no 3.º *cyclo* tinhamos debelladas as manifestações oculares.

Quanto ao casamento, consentaneo ao parecer do collega, advertimos as graves consequencias.

2.ª

F. A. M., academico de odontologia, solteiro, 23 annos, bahiano, queixava-se de dôr no O. D., vermelhidão, não podia fitar a luz.

Era revisor n'um orgão da imprensa local, matutino, attribuindo sua molestia á luz e ás prolongadas noitadas. Os commemorativos noticiaram o *accidente inicial* a 4 mezes atrás com um cortejo de pouca benignidade, visto surdirem no 2.º mez syphilides e nevralgias thoraxicas.

Arguido da therapeutica informou ter logo que se considerou infeccionado tomado um pouco de iodureto e mercurio. O tratamento local fôra mais completo.

Exame objectivo: *circulo peri-corneano* manifesto,

injecção peri-keratica frisante, *pupilla pequena* caracteristica. Pelos antibraços, thorax, syphilides typicas.

Fixamos o diagnostico de *Irite syphilitica*. Encetamos o tratamento acima e exgotado o primeiro *cyclo* o doente considerava-se curado.

Isso passava-se em dias de Maio; até agora, dias de Outubro, não nos consta recidiva.

3.ª

C. F. A., estudante de medicina, pernambucano, branco, 20 annos, solteiro. Antecedentes francamente culpados, manifestações secundarias francas. Como o caso anterior e te apresenta a originalidade da precedencia de 4 mezes do accidente inicial— *o cancro*, a eclosão não attingindo os limites traçados por *Badal*, e mais geraes, de 5 a 10 mezes após a infecção especifica. Aqui, era o O. E.

Symptomas subjectivos: nevralgias intensas periorbitarias a ponto de causar vigilia, nenhuma acuidade visual no olho doente.

Symptomas objectivos: — injecção peri-keratica intensa, membrana iriana muito espessa, iris sem brilho, exsudatos caidos na camara anterior, atresia pupillar. Não haviam synechias

Fixamos o diagnostico de *Irite especifica* e instituimos com intensidade o tratamento que adoptamos. Terminado o 2.º *cyclo* tinhamos curado o doente que inda não recahio.

4.ª

A. S. L., 33 annos, branco, natural de Santo Amaro, no Estado, bilheteiro, solteiro.

Noticia ter tido *cancro* e tres *bubões* ha 10 annos.

Por esse tempo lhe appareceram dores por todo o corpo que ao mesmo tempo ficara como de um varioloso. Tomara umas 20 garrafas de iodureto e melhorara.

Ha 8 mezes que tivera novo *cancro*, as dores voltaram principalmente para a cabeça e os olhos, estando com o esquerdo, agora, como podiamos ver.

Ora, não imprestando grande criterio ás informações do doente examinamol-o mais detidamente e além de encontrarmos nos orgãos genitaes *testemunhos posthumos* da primeira infecção, que denotava plena especificidade, concluimos que a segunda não o fôra, tratando-se de manifestações mui tardias da syphilis secundaria em caminho do despenhadeiro do terciarismo.

Assim verificamos exostose tibial, placas mucosas na bocca, exanthemas e anopecia.

Symptomas subjectivos:— dores peri-orbitarias, diminuição de acuidade.

Symptomas objectivos:— synechias posteriores, opacidade ligeira nas partes anteriores do corpo vitreo.

A' luz obliqua pequenos pontos esbranquiçados na superficie posterior da cornea, abundantes principalmente na parte inferior da membrana.

A injecção peri-keratica era muito pronunciada.

Aqui, diagnosticamos uma *Irite syphilitica* de variedade clinica — *forma plastica*.

O tratamento contou victoria no 4.º *cyclo*.

5.ª

J. D., branco, solteiro, telegraphista, bahiano.

Confessara a infecção primitiva, faziam 5 mezes e apresentava syphilides, dores esternaes e cephalalgias intensas.

Symptomas subjectivos — dores globulares, photophobia, acuidade diminuida.

Symptomas objectivos — Iris opaca, contrastando com o brilho da membrana do olho congenere direito, pupilla estreitada e pardo-escura, vermelhidão intensa.

Ora, faltando a indolencia caracteristica das iritis syphiliticas, diagnosticamos uma forma *hybrida* com o fundo *rheumatismal*.

Ao tratamento, porem, seguiu-se a evidencia especifica; tendo-se curado o enfermo em metade do 2.º *cyclo*.

6.ª

C. M. J., parda, 18 annos, profissão indeterminada, cearense.

Informações contrarias á especificidade. Cicatrizes manifestas.

Symptomatologia subjectiva — dores violentas perioculares, photophobia, acuidade normal.

Symptomas objectivos — circulo peri-corneano, membrana iriana espessa, dilatação irregular do diaphragma iriano, evidenciando a formação de adherencias entre o bordo pupillar e a face anterior do crystallino.

O tratamento triumphou logo após o 1.º *cyclo*.

Diagnosticamos uma *forma sub-aguda* de Irite syphilitica.

PROPOSIÇÕES

Historia natural medica

I. O *Pilocarpus pinnatus* ou *pinnatifolius* ou o *jaborandy* é um arbusto da familia *Rutaceas*.

II. Este vegetal cresce no Brazil e na Republica Argentina.

III. São as folhas que sob a forma de infuso utilisamos na cura das *Irites especificas*, como auxiliar do mercurio.

Chimica Medica

I. A chimica depois de muitas vacillações classificou os corpos simples em *metaloides* e *metaes*.

II. Entre os *metaes* figura o Mercurio, que pela atomicidade pertence á segunda familia — a *diatomica*.

III. E' o unico metal liquido que se conhece, e é parte integrante da pomada mercurial, que tantos triumphos conta na syphilis ocular.

Materia medica, pharmacologia e arte de formular

I. A idiosyncrasia rege a incompatibilidade physiologica.

II. Ha idiosyncrasia quanto á dôse, como quanto aos effeitos.

III. Na oculistica isso se dá principalmente com o emprego da atropina.

Histologia

I. O epithelio anterior da *cornea* é pavimentoso estratificado.

II. A regeneração d'esses elementos epitheliaes effectua-se por kariokinese.

III. Comtudo as cellulas rudimentares situadas entre as cellulas basaes e descriptas por Lott e Rollet não passam de producções artificiaes.

Physiologia

I. O olho pode ser considerado como um apparelho de optica e de sensação.

II. Como instrumento de optica consta de meios refringentes taes como a cornea, o humor aquoso, o crystallino, o corpo vitreo; e uma

camara negra representada pela esclerotica, a choroide e a retina.

III. Como apparelho de sensação a retina constitue a parte impressionavel, o nervo optico seo orgão de conducção, e a face interna do lobo occipital o centro psycho-optico, isto é, o centro cortical onde as sensações trocam-se em percepção.

Anatomia e physiologia pathologicas

I. Das ossificações observadas no olho as da *choroide* primam pela frequencia.

II. Ninguem tome de *Hulke* a gloria da primeira constatação de um verdadeiro tecido osseo na choroide; embora se houvesse feixado ouvidos á sua communicação, que só após as pesquisas de *Pageustecher* foi confirmada.

III. Os primeiros elementos de ossificação consistem n'um tecido osteoide calcificado contendo cellulas osseas bem distinctas e lacunas de *Howship*.

Bacteriologia

I. O *gonococo* ou *micrococus gonorrheæ* é o microbio especifico da blennorrhagia.

II. Os *gonococus* são *micrococus* em forma de rim, soldados geralmente dois a dois pela face concava.

III. Nos olhos produzem a grave ophtalmia blennorrhagica.

Therapeutica

I. A instillação de algumas gottas de uma solução de sulfato de atropina no olho, sendo a dose pequena, só produz um palor da mucosa transitorio, sendo a dóse grande, immediatamente produz vermelhidão da conjunctiva e lacrimejamento; depois, mais cedo ou mais tarde, conforme a dóse, ha uma *dilatação da pupilla.*

II. A *atropina* é pois um *mydriatico.*

III. Na ruptura das synechias iriticas, quer especificas ou não, nenhum medicamento é mais racional e poderoso.

Anatomia

I. O olho em nome da anatomia e da embryologia pode ser encarado como um prolongamento do cerebro.

II. A membrana propria da *Iris*, constituida por uma armadura connectiva de fibras musculares lisas, de vasos e de nervos, se desenvolve a custa da oculo pia-mater não invaginada.

III. A synergia dos elementos anatomicos do apparelho ocular garante a visão normal.

Clinica Ophtalmologica

I. As molestias do apparelho ocular visto a nobresa dos elementos feridos requerem sempre do facultativo grande zêlo e amparo.

II. Não se comprehende um *especialista* sem conhecimentos, geraes embora, de toda sciencia medica.

III. Quem esquecer este capitulo da deontologia fatalmente só attingirá os batentes do charlatanismo.

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I. A syphilis pode se esteriotypar n'um individuo desacompanhada de qualquer vestigio de contacto ou inoculação recente e exterior que a justifique.

II. Nem a inspecção da pelle, o tacto das cavidades accessiveis, cicatrizes, *testemunhos posthumos*, erosões, osteopathias, vicios de conformação, e demais, conduzem ao diagnostico.

III. Lembre-se o clinico do factor etiologico a Herança.

Clinica Cirurgica (1.ª Cadeira)

I. A base da cirurgia moderna são os principios e as leis da asepsia e da antisepsia.

II. Todas as vezes que se intervem sobre o olho ou os seus annexos deve-se ser um cirurgião da epoca.

III. Nas operações praticadas na pelle das palpebras e na orbita o cirurgião poderá se contentar com a *asepsia;* nas que concernem ás vias lacrymaes, á conjunctiva, e o globo ocular, elle deverá recorrer sempre á *antisepsia.*

Clinica Cirurgica (2.ª Cadeira)

I. O bom exito de uma operação ocular, principalmente da catarata ou do glaucoma, não interessa só ao olho operado; mas, ao outro olho.

II. As operações comportando a abertura do bulbo podem effectivamente expôr á ophtalmia sympathica.

III. Requer a intervenção, pois, do operador uma calma absoluta, muita reflexão e experiencia sob pena de graves desastres.

Obstetricia

I. O *delivramento* é a expulsão dos annexos do feto.

II. Esse pode ser *natural ou artificial.*

III. O *delivramento natural* pode ser *espontaneo* ou *facilitado.*

Clinica Obstetrica

I. O *forceps* é uma grande pinça destinada especialmente a ir buscar a cabeça do feto na bacia.

II. Geralmente é um meio de tracção, mui raramente é um instrumento de reducção.

III. E' indicado conforme os casos e não ao talante do clinico.

Clinica Medica (1.ª Cadeira)

I. Os doentes dos olhos pertencem a duas cathegorias principaes: os que são attingidos de uma affecção externa, visivel sem instrumentos especiaes, e os que, com um apparelho da visão na apparencia intacto, apresentam uma lesão profunda, uma perturbação funccional mais ou menos accusada.

II. Em ambos os casos é mister ter instrucções quanto á idade, á profissão, á habitação e será sempre necessario estudar attentamente os antecedentes hereditarios do doente e da molestia.

III. Com esses elementos inicia-se, com segurança, um tratamento.

Clinica Medica (2.ª Cadeira)

I. Desde a catarata, symptoma de primeira ordem, ás paralysias e ás lesões do fundo do olho, a *diabete*, pela sua symptomatologia, instrue a pathogenia ocular.

II. As perturbações visuaes ligeiras, que consistem n'um enfraquecimento da vista seguida de diminuição da amplitude da accommodação, são as mais frequentes.

III. O exame das urinas é o pharol para o diagnostico.

Clinica Propedeutica

I. Nas molestias do encephalo, da parte superior da medulla cervical ou do sympathico, observa-se phenomenos que estão em relação muito aproximada com a innervação pupillar.

II. Ninguem se esqueça, para bem comprehendel-os, que o *oculo motor commum* e o *sympathico* são antagonistas funccionaes; d'ahi, a irritação do primeiro accarretar a paralysia do segundo, isto é, o estreitamento das pupillas ou *myosis*; emquanto a paralysia do *oculo-motor* e a excitação do *sympathico* acompanhar-se de *mydriasis* ou dilatação das pupillas.

III. O medico deve ter sempre vivos olhares para as modificações pupillares reflexas em caminho de um diagnostico.

Pathologia Cirurgica

I. A *base craneana* não se prestando a uma exploração directa não podemos diagnosticar suas fracturas senão por symptomas *indirectos ou distantes*, que traduzem exteriormente a lesão ossea profunda.

II. Entre os taes symptomas figura a echymose sub-conjunctival.

III. Esta, porem, não implica necessariamente a existencia de fractura craneana: ella só é significativa quando resulta de um choque sobre um ponto afastado da orbita, pois póde succeder á simples contusão dos vasos da conjunctiva ou mesmo da orbita.

Operações e Apparelhos

I. O *pterygio* deve ser operado quando apresenta uma extremidade corneana espessa e progressiva, tendo tendencia a invadir o campo pupillar.

II. A cauterisação é pouco recommendada.

III. A ligadura com fios de seda é preferivel.

Anatomia Medico-Cirurgica

I. A conjunctiva é a membrana mucosa do olho.

III. Partida do bordo livre das palpebras, onde se continua com a pelle, dirige-se para cima e se applica na face posterior da cartilagem tarsa á qual adhere intimamente, de maneira a não formar realmente com ella senão uma unica camada.

III. A conjunctiva ocular, tão delgada no estado normal que deixa transparecer vasos subjacentes, hypertrophia-se algumas vezes n'um ponto limitado e sob uma forma bizarra constituindo o *pterygio*.

Hygiene

I. O estudo do cego no ponto de vista physico, moral e intellectual pertence á hygiene.

II. Pela solicitude excessiva que os paes prodigalisam aos filhos aleijões a educação physica do menino cego não póde ser domestica.

III. D'ahi os estabelecimentos de assistencia; onde, em vez de mendigos e viciados, tornam-se operarios e cidadãos.

Medicina Legal

I. A morte não se caracterisa por um unico signal e sim por um conjuncto.

II. O apparelho ocular é uma das pedras de toque n'esse sentido.

III. *Bouchut* propoz, como signal positivo, a experimentação pelos mydriaticos e pelos myoticos.

Clinica Psychiatrica e de molestias nervosas

I. Segundo **Ball** podemos definir a *allucinação* como uma percepção sem objecto.

II. As allucinações da vista, attributo das intoxicações, dos delirios febris e das nevroses, são nos alienados de menor frequencia que as do ouvido.

III. Os cégos (não os de nascimento) da mesma maneira que os surdos, em certas circumstancias, são mui sujeitos a allucinações visuaes e auditivas.

Clinica Pediatrica

I. A ophtalmia dos recem-nascidos tem por causa o catarrho virulento das vias genitaes maternas.

II. A infecção dá-se no momento do nascimento quando a cabeça da creança passa pela vagina, trazendo as palpebras um pouco da secreção que entra no sacco conjunctival quando pela primeira vez o menino abre os olhos.

III. São precisos dois ou tres dias para que o virus germine á superficie da conjunctiva e produza a ophtalmia, que quasi sempre começa pelo olho esquerdo.

Pathologia Medica

I. O assucar é indispensavel á vida. Fixa-se nos elementos anatomicos e n'elles soffre transformação; serve de reparação aos tecidos, para as combustões e é uma fonte de calor e de força.

II. No estado normal elle garante *a glycemia.*

III. Roto o equilibrio entre a despesa e a receita dos materiaes do assucar surge no quadro nosologico a *diabete*, que tanta importancia tem na pathogenia ocular.

VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 30 de Outubro de 1906.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.